Société Française de Transfusion Sanguine

Dossier de candidature – Membre Individuel

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom (Mr, Mme, Mlle) : Prénom :** | | |
| **Adresse postale :** | | |
| **Tél :**  **e-mail :** | **Fax** : | |
|  |  | |
| **Nom et adresse de l’établissement (si différente de l’adresse postale) :** | | |
| **Fonction exercée**:  **Titres Hospitalo-Universitaires :**  **Parrains membres de la SFTS\* (nom et signature) :**    1)  2) | | |
|  | | |
| **Date et signature :**  **\* En l’absence de parrains, merci de nous adresser votre CV avec une lettre de motivation** | | |
|  | |  |