



FORMULAIRE D'ADHESION
SECRETARIAT GÉNÉRAL
secretariat-general@gabiomed.org

PHOTO
RECENTE

1. Renseignements personnels

Nom : _____ Prénom : _____ Vous êtes : Un homme Une femme

Vous parlez Français Anglais Espagnol Allemand Autres _____

Ville : _____ Code postal : _____

Pays : _____ Courriel : _____

Tel. : _____ Nationalité : _____

2. Statut académique et situation professionnelle

-Vous avez un Doctorat Sciences ou PhD Discipline : _____
de l'université _____ Pays : _____

- Vous avez un Doctorat en Médecine Médecine vétérinaire Pharmacie Dentaire
de l'université _____ Pays : _____

-Avez-vous une expérience postdoctorale? Si oui, indiquez le nombre d'années : _____
Le(s) lieu(x) _____

-Master I/II Discipline : _____ Université : _____

-Licence/Bachelor Discipline : _____ Université : _____

Employeur actuel & Institution: _____

3. Qualité de membre sollicitée

Nouvelle adhésion Renouvellement Membre actif Membre Sympathisant

Je joins à la présente fiche:

4. Ma cotisation* annuelle de 50 dollars US (membres actifs uniquement)

5. Une photo d'identité récente

6. Une liste de 5 articles récents publiés dans des journaux internationaux avec comités de lecture
(membres actifs uniquement)

J'atteste avoir fourni des renseignements exacts et complets

Date _____ Signature _____

La fiche d'adhésion dument remplie et signée doit être scannée puis en envoyée à l'adresse mentionnée ci-dessus. *Les cotisations sont non remboursables et sont payables par virement bancaire, mandat postal ou Western Union à l'ordre de « *Gabiomed* ».