**Formulaire d’inscription**

Demande d’adhésion à la Société Suisse d’Anesthésie Pédiatrique (SSAP)

Groupe d’intérêt en anesthésie pédiatrique de la SSAPM:

Nom:

Prénom:

E-Mail (prof):

E-Mail (perso) :

Hôpital:

Position:

Membre de la SSAPM (oui/non):

**Demande d’adhésion comme:**

\_\_ Membre ordinaire

\_\_ Membre extraordinaire

Quelques lignes de motivation:

Lieu et date :

Signature: