



# DEMANDE D'ADHÉSION À LA FFCD INSCRIPTION 2018



# DEMANDE D'ADHÉSION À LA FFCD SPÉCIAL PARRAINÉ



# DEMANDE D'ADHÉSION À LA FFCD PRÉLÈVEMENT

Je souhaite adhérer à la FFCD Je renouvelle mon adhésion à la FFCD 

Je règle par :

 Prélèvement automatique Par chèque bancaire / chèque postal de 30 € à l'ordre de la FFCD

Mes coordonnées :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse professionnelle : .....

.....

.....

Tél : ..... Fax : .....

Email : .....

Numéro RPPS : .....

J'accepte que mes coordonnées soient en ligne sur le site Internet de la

FFCD : Oui  Non Spécialité : Anatomopathologiste Chirurgien Gastroentérologue Oncologue Radiologue Radiothérapeute 

Autre : .....

Type d'exercice : CHU CH Centre Anticancéreux Privé 

Autre : .....

Adresser cette feuille au :

CRGA de la FFCD, Faculté de Médecine  
7, Bd Jeanne d'Arc, BP 87900 - 21079 Dijon Cedex.  
Tél. : 03 80 39 34 86 - Fax: 03 80 38 18 41  
Email secrétariat : [coralie.devorsine@u-bourgogne.fr](mailto:coralie.devorsine@u-bourgogne.fr)  
Internet : [www.ffcd.fr](http://www.ffcd.fr)

A découper suivant les pointillés et à envoyer

## INSCRIPTION GRATUITE POUR LES ANNÉES 2018 ET 2019

Parrainé par : .....

Je souhaite adhérer à la FFCD 

Mes coordonnées :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse professionnelle ou personnelle : .....

.....

.....

Tél : ..... Fax : .....

Email : .....

Numéro RPPS : .....

J'accepte que mes coordonnées soient en ligne sur le site Internet de la

FFCD : Oui  Non Spécialité : Anatomopathologiste Chirurgien Gastroentérologue Oncologue Radiologue Radiothérapeute 

Autre : .....

Type d'exercice : CHU CH Centre Anticancéreux Privé 

Autre : .....

Adresser cette feuille au :

CRGA de la FFCD, Faculté de Médecine  
7, Bd Jeanne d'Arc, BP 87900 - 21079 Dijon Cedex.  
Tél. : 03 80 39 34 86 - Fax: 03 80 38 18 41  
Email secrétariat : [coralie.devorsine@u-bourgogne.fr](mailto:coralie.devorsine@u-bourgogne.fr)  
Site Internet : [www.ffcd.fr](http://www.ffcd.fr)

A découper suivant les pointillés et à envoyer

Je m'engage à retourner le mandat de prélèvement SEPA, signé, qui me sera adressé par la FFCD à réception de ce bulletin d'adhésion rempli. Par ce mandat, vous autorisez la FFCD à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte annuellement.

Identifiant Créancier SEPA (ICS) : FR ZZZ 556 663

### ► Désignation du compte :

IBAN : .....

Code BIC : .....

### ► Titulaire du compte :

Nom : .....

Adresse personnelle : .....

.....

Code postal : .....

Ville : .....

### ► Établissement teneur du compte :

Nom : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : .....

Ville : .....

Date et signature

**Merci de JOINDRE UN RIB, RIP ou RICE**

**FÉDÉRATION FRANCOPHONE DE CANCÉROLOGIE DIGESTIVE**

Site Internet : <http://www.ffcd.fr>

Président : P. Michel - Vice-Présidents : T. Aparicio - R. Faroux

Secrétaire Général : J.-M. Phelip - Secrétaire Adjoint : S. Manfredi

Secrétaire aux Relations Internationales : J. Taïeb

Trésorier : C. Lepage

Directrice du CRGA : C. Girault