

FORMULAIRE D’ADHESION A L’AIPHN 2020-2021

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse électronique :

Adresse postale :

Code postal :       Ville :

Téléphone :

Interne en fonction  Ancien interne des hôpitaux de Lorraine

DES :

Biologie Médicale (formation initiale pharmacie)

Biologie Médicale (formation initiale médecine)

Pharmacie Hospitalière

Innovation Pharmaceutique et Recherche

Année Recherche / Médaille d’Or

Semestre en cours (pour les internes en fonction) :

1  2  3  4  5  6  7  8

Date : 13/01/2021 Signature :

Le montant de l’adhésion à l’AIPHN, s’élève à 20 € pour les internes en fonctions et à 20 € pour les anciens internes.

Règlement par chèque à l’ordre de l’AIPHN à joindre à ce formulaire ou via Lydia

AIPHN, Faculté de Pharmacie 7 avenue de la forêt de Haye 54500 Vandoeuvre-lès-Nancy

[www.aiphn.fr](http://www.aiphn.fr) – [president@aiphn.fr](mailto:president@aiphn.fr)

**Formulaire de renonciation au droit à l’image**

Je soussigné(e)

accorde à l’Association des Internes en Pharmacie de Nancy (AIPHN), ses représentants et toute personne agissant en son nom (y compris toute agence publiant ou distribuant le produit fini), la permission irrévocable de publier toutes les photographies ou les images que vous avez prises de moi lors d’évènement organisés par l’AIPHN au cours de l’année universitaire 2020-2021.

Ces images peuvent être exploitées et diffusées sur les réseaux sociaux, notamment la page

Facebook de l’AIPHN, ainsi que sur le site internet de l’AIPHN, et sur tout autre moyen de communication employé par l’AIPHN.

Je m’engage à ne pas tenir l’AIPHN ainsi que ses représentants et toute personne agissant avec sa permission en ce qui relève de la possibilité d’un changement de cadrage, de couleur et de densité qui pourrait survenir lors de la reproduction.

Sur simple demande effectuée par mail ou par courrier, les photos où j’apparais pourront être retirées du site internet ou des autres moyens de communications dépendants directement de l’AIPHN dans un délai d’un mois.

**Je déclare avoir 18 ans ou plus et être compétent(e) à signer ce formulaire en mon propre nom. J’ai lu et compris toutes les implications de cette renonciation.**

A Nancy, le : ………………….

Signature :

![Une image contenant texte, horloge, périphérique, jauge

Description générée automatiquement]()

Formulaire de Consentement

Veuillez cocher la ou les case(s) ci-dessous si vous acceptez que **l’Association des Internes en Pharmacie des Hôpitaux de Nancy (AIPHN)** collecte et utilise les données personnelles que vous venez de renseigner dans le formulaire joint dans le but :

de vous envoyer toute information en lien avec **l’AIPHN** (invitation à des réunions, évènements festifs, mails d’information …)

de transmettre vos coordonnées (nom, prénom, filière, semestre, adresse mail) à la FNSIP-BM afin de recenser les adhérents à la FNSIP-BM et de vous intégrer à listes de diffusion par filière adéquate

de transmettre vos coordonnées à la FNSIP-BM afin de vous intégrer aux listes de diffusion du CA si vous êtes membre du bureau de l’AIPHN Ces données sont conservées au maximum 1 an après la fin de l’adhésion à la FNSIP-BM.

Vous pouvez à tout moment vous désinscrire de la liste de diffusion de **l’AIPHN** en envoyant un mail à l’adresse « [president@aiphn.fr](mailto:president@aiphn.fr) »

Vous pouvez à tout moment vous désinscrire des listes de diffusion de la FNSIP-BM, en envoyant un mail à l’adresse : [communicationfnsipbm@gmail.com](mailto:communicationfnsipbm@gmail.com)

A Nancy, le …………

Signature