

Nom & Prénoms :

Contacts :

Adresse Mail :

A

**L'ASSOCIATION DES PHARMACIENS DU
SECTEUR PRIVE DU BENIN**

Attention au

Président du Bureau Exécutif

97 44 40 30 / 60 06 95 95

apspbenin@gmail.com

Objet : Demande d'adhésion à l'APSPB

Monsieur le Président,

Par la présente, je souhaite intégrer l'Association des Pharmaciens du Secteur Privé du Bénin en tant que nouveau membre.

En effet, je suis Pharmacien inscrit à l'Ordre National des Pharmaciens sous le Numéro....., exerçant au poste de.....au sein de l'entreprise..... Convaincu que, par ma participation aux activités de l'APSPB, j'apporterai ma contribution à l'amélioration de la profession du pharmacien notamment dans le privé, je vous prie de bien vouloir prendre en compte ma demande avec diligence.

En vous remerciant par avance de l'intérêt que vous voudrez bien consacrer à ma requête, je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma haute considération.

Fait à, le/...../.....

Nom et signature de l'adhérent

Pièces jointes :

- Copie attestation d'inscription à l'ONPB
- Attestation de travail dans une entreprise pharmaceutique
(ou déclaration sur l'honneur pour les Pharmaciens titulaires)

Réservé au Secrétariat du BE / APSPB

Date de réception:	
N° Référence Interne:	Frais d'adhésion, référence de paiement :