



**BULLETIN D'ADHÉSION À L'INPH**  
**Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers**

**COTISATION ANNÉE 2025**

**ADHÉSION DIRECTE**

NOM ..... Prénom .....

Fonction .....

Lieu d'exercice .....

Adresse postale personnelle :  
.....  
.....

Code postal ..... Ville .....

Mail personnel .....

Mail professionnel .....

Téléphone portable .....

Signature :

Cotisation pour l'année 2025

- Temps plein : 125 €
- Temps partiel : 65 €

**Paiement par chèque :**

Renvoyer le bulletin d'adhésion rempli et signé  
avec le chèque libellé à l'ordre de l'INPH à :

**Docteur Rachel BOCHER**

Présidente de l'INPH  
Hôpital Saint Jacques  
85 rue Saint Jacques  
44093 Nantes Cedex

**Paiement par virement :**

Renvoyer le bulletin d'adhésion rempli et signé  
avec la preuve de virement à  
bp-secretariat-inph@chu-nantes.fr

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Titulaire  
I N P H

Domiciliation  
**SG NANTES (03732)**  
**8 PL ROYALE**  
**44000 NANTES**

Référence bancaire

Code banque	Code guichet	N° compte	Clé RIB
30003	03732	00050817163	51

IBAN : **FR76 3000 3037 3200 0508 1716 351**  
BIC-ADRESSE SWIFT : **SOGEFRPP**