**Adhérez par retour de courriel à l’adresse :** **iru@sfmu.org** **en complétant le bulletin ci-dessous** :

 **Je souhaite m’inscrire à l’IRU**

-          **NOM :**

-          **Prénom :**

-          **Courriel :**

-          **Lieu d’exercice :**

-          **Structure :**

o   SAMU

o   SMUR

o   Service d’urgence

-          **Je suis responsable du service :**

o   Oui

o   Non

 Sinon, nom du chef de service :

 Courriel du chef de service :