



Formulaire d'adhésion au SIPHL

NOM:

Prénom:

Filière:

Semestre:

Adresse mail:

Numéro de téléphone:

A

, le

Signature :

Formulaire de Consentement

Veillez cocher la ou les case(s) ci-dessous si vous acceptez que le **Syndicat des Internes en Pharmacie des Hôpitaux de Lyon (SIPHL)** 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 le **SIPHL** (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** du **SIPHL**

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 du **SIPHL** en envoyant un mail à contact@siphil.fr

Vous pouvez à tout moment vous désinscrire des listes de diffusion de la **FNSIP-BM**, en envoyant un mail à communicationfnsipbm@gmail.com

A

, le

Signature :