APOGIECAP
AU CŒUR DE LA PHARMACIE

FORMULAIRE D'ADHÉSION

*Attestation d'appartenance au groupement **APOGIECAP***

Je soussigné(e) :

Titulaire de la pharmacie :

Code CIP :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Email :

- J'adhère au groupement **APOGIECAP**.
- J'autorise le groupement **APOGIECAP** à communiquer cette présente attestation auprès des partenaires membres du Groupement.

RÈGLEMENT :

Le montant de la cotisation est de 124,00 € TTC à régler, soit par chèque, soit par virement bancaire. Veuillez cocher, ci-dessous, votre mode de règlement.

- Par chèque à l'ordre de **APOGIECAP**.
  À adresser à : 62-64 cours Albert Thomas, 69371 Lyon cedex 08
- Par virement.
  Au crédit Mutuel Nord Europe, IBAN et BIC ci-dessous.

IBAN							BIC
FR76	1009	6181	7400	0915	2870	166	CMCIFRPP

Votre adhésion au Groupement APOGIECAP sera confirmée après réception de votre règlement.

L'ADHÉSION AU GROUPEMENT VOUS DONNE ACCÈS :

- À la Centrale d'Achat Pharmaceutique **APOTHICAP**.
- Au portail **www.apogiecap.com** avec accès personnalisé.

COTISATION :

10 € HT / MOIS

Soit 120.00€ HT / an (124.00€ TTC)

Fait à :

Date :

Cachet et signature du titulaire :