



ASSOCIATION NATIONALE POUR LA PROMOTION DES SOINS SOMATIQUES EN SANTÉ MENTALE

Président

Dr Nabil HALLOUCHE

GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences
nabil.hallouche@anp3sm.com

Vice-présidentes

Pr Emmanuelle CORRUBLE

CHU Kremlin-Bicêtre - Paris
emmanuelle.corruble@aphp.fr

Dr Frédérique GIGNOUX FROMENT

Hia Percy - Clamart
fredgign@hotmail.com

Dr Sylvie NGUYEN-MACHET

GHU Paris psychiatrie & neurosciences
s.nguyen_machet@ghu-paris.fr

Secrétaire générale

Mme Isabelle SCHULLER

isabelle.schuller@orange.fr

Secrétaire adjointe

Mme Nathalie LORENZO

pllahb@gmail.com

Trésorière

Mme Christine COQUAZ

werycoquaz@gmail.com

Trésorière adjointe

Dr Julia SALOME

julia@salome.eu

Président d'honneur

Dr Djéa SARAVANE

djea.saravane@free.fr

BULLETIN D'ADHÉSION 2025

VOTRE ADHÉSION, À TITRE PARTICULIER VOUS PERMET :

- de participer à la vie de l'association
- de bénéficier de tarifs préférentiels aux Rencontres annuelles Soins somatiques et douleur en santé mentale

VOTRE ADHÉSION, À TITRE DE PERSONNE MORALE VOUS PERMET :

- d'accéder à des tarifs privilégiés pour l'inscription aux Rencontres pour les personnels de l'établissement adhérent
- de bénéficier, pour le Directeur, ou son représentant d'une invitation aux Rencontres
- d'apparaître comme établissement partenaire sur notre site

Prénom _____

Nom _____

Profession _____

Établissement _____

Adresse _____

Code postal _____

Ville _____

Téléphone _____

Mobile _____

Email (obligatoire) _____

Adhère à l'association pour l'année 2025 au titre de

- Personne morale (institution, association, entreprise)
 Particulier

Cotisation annuelle

- Personne morale : 370 €
 Particulier médecin, pharmacien : 45 €
 Particulier paramédical : 25 €
 Étudiant, interne : 25 €
 Patient, famille : 25 €

- Paiement par virement** (à privilégier - mentionner prénom nom de l'adhérent)

Code banque **10107** | Code guichet **00721** | Code BIC **BREDFRPPXXX** | N° compte **00612068696** | Clé **39**
IBAN **FR76 1010 7007 2100 6120 6869 639** | Domiciliation **PERE LACHAISE METIVIER**

- Paiement par chèque bancaire** à l'ordre de l'ANP3SM, à envoyer à l'adresse de l'association

- Je souhaite recevoir une attestation de règlement

Fait à _____

Le _____

À renvoyer par mail à **Mme Christine COQUAZ**
werycoquaz@gmail.com ou par **ENVOYER**

Signature _____



ANP3SM

GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences,
4 Avenue de la Porte de Saint-Ouen, 75018 Paris
tél. +33 (0)1.53.11.12.47 - Fax +33 (0)1.53.11.12.92
www.anp3sm.com