



Association Romande de Radioprotection (ARRAD),
Schwarzenburgstrasse 157, CH-3097 Liebefeld
Secrétariat : secretariat@arrad.ch

Formulaire de demande d'admission

Nom: _____ Prénom(s): _____

Titre: _____ Profession: _____

Nationalité: _____

Adresse professionnelle:

Adresse électronique: _____

Téléphone: _____ Fax: _____

Domaines d'intérêt en radioprotection	Intérêt principal	Intérêt secondaire	Sans intérêt
Radiobiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiodiagnostic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiologie interventionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecine nucléaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pratique de laboratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transport de sources radioactives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radioécologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiochimie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiographie industrielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Technique de mesure des radiations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Imagerie par Résonance Magnétique Nucléaire (IRM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rayonnements non ionisants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (prière de préciser)			



Association Romande de Radioprotection (ARRAD),
Schwarzenburgstrasse 157, CH-3097 Liebefeld
Secrétariat : secretariat@arrad.ch

Membre du Fachverband für Strahlenschutz :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
--	------------------------------	------------------------------

Le soussigné demande son admission comme membre de l'Association Romande de Radioprotection

Date: _____ Signature: _____

A retourner svp à l'adresse suivante :

*Institut de Radiophysique
A l'attention de Jérôme Damet
Rue du Grand-Pré 1
CH-1007 Lausanne*

ou par e-mail à l'adresse électronique :

secretariat@arrad.ch