

Adhésion UFML-S 2018



Nom

Prénom

Date de naissance .../.../.....

Spécialité

Lieu d'exercice (adresse complète)

.....

Activité libérale<> mixte <> (cocher la case)

N° RPPS

Tel

E-mail (lisible+++)

L'adhésion au Syndicat UFML-S est déductible de vos frais professionnels.

Je, soussigné/e Dr, adhère ce jour au syndicat UFML-S et verse une cotisation de€ à l'ordre de UFML-S syndicat pour l'année 2018.

200 € pour les nouveaux adhérents 2018,

100 € pour les nouveaux adhérents 2018 : retraités actifs ou médecins âgés de moins de 40 ans,

100 € pour les médecins de plus de 40 ans qui ont adhéré en 2017,

50 € pour les retraités actifs ou médecins âgés de moins de 40 ans qui ont adhéré en 2017

A leSignature



Attestation de versement à l'UFML-S 2018 N° ...

Drpour la somme de€ versée ledevient membre de plein droit de l'UFML-S, syndicat de médecins pour l'année 2018

La trésorière

le trésorier adjoint