**BULLETIN D’ADHESION 2020**

* Mme  M.

NOM ……………………………………………..Prénom …………………………………..Date de naissance …………..

Adresse (où vous souhaitez être contacté) :

Code Postal ……………………….. Ville :

🕾l :…………………………………… Portable :……………………E mail :…………………………@………………………….

**Activité professionnelle** : - Médecin Généraliste 

- Médecin Spécialiste 

 Quelle spécialité ? …………………………………………….

**Mode d'exercice** :

Activité libérale  

Activité salariée  

Activité hospitalière  

**Montant de la cotisation 2020**

* Adhérent à la CSMF de mon département : je suis donc de fait adhérent au syndicat SMCG-CSMF. En plus de l’ensemble des services de la CSMF dont je bénéficie actuellement, cette adhésion me protège également sur mon activité de médecin coordonnateur.
* **Je souhaite soutenir le syndicat en versant la somme de 60 €.**
* Non adhérent à la CSMF de mon département, je souhaite adhérer au SMCG-CSMF : la cotisation annuelle est de **60 €**. **Attention**, **cette adhésion ne couvre que les demandes portant sur mon activité de médecin coordonnateur.**
* Je désire adhérer à la CSMF et au SMCG-CSMF de façon simultanée pour bénéficier de l’ensemble des services dans mon activité de médecin coordonnateur et ceux apportés par la CSMF pour ses adhérents. Le SMCG-CSMF contactera votre département pour vous faire adhérer à votre syndicat départemental.

**Vous pouvez régler votre cotisation :**

* par **chèque** à l’ordre du **SMCG-CSMF**
* par **virement bancaire** (merci de bien vouloir indiquer votre **nom et prénom** afin que celui-ci soit bien pris en compte **IBAN** FR76 1027 8061 2000 0202 3240 189 - **BIC** CMCIFR2A

**Merci de renvoyer votre bulletin d’adhésion à l’adresse ci-dessous quel que soit votre mode de règlement.**

**Dans tous les cas, la cotisation est entièrement déductible de vos revenus professionnels.**

**---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Coupon à remplir, détacher et conserver en guise de justificatif fiscal
Le Docteur………………………………………………………………………………………………………………………………………
a réglé la somme de ……………… Euros, au syndicat SMCG-CSMF (cotisation 2020), le………………………
BANQUE ………………………………………………. N° du chèque ………………………………………………………………
Par virement le :** …………………………………………