

J'adhère à la CSMF

Bulletin d'adhésion



Mme Melle M.

Nom..... Prénom.....

Spécialité exercée (dont médecine générale) :

.....

Date de naissance :

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Téléphone bur. : Portable : Fax :

E-Mail :

Montant de la cotisation 2018 : 355 €

Règlement par chèque à l'ordre de la CSMF.

Cette cotisation est entièrement déductible de vos revenus professionnels. Un reçu justificatif vous sera adressé ainsi qu'une carte d'adhérent pour l'accès à l'ensemble des services de la CSMF.



Retournez votre bulletin d'adhésion avec votre
chèque à la CSMF
79, rue de Tocqueville - 75017 PARIS

www.csmf.org