

J'adhère à la CSMF



Mme M.

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Spécialité exercée (dont médecine générale) :

.....

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : Portable :

Fax : E-mail :

Type d'exercice

Individuel

Nombre de salariés :
.....

Groupe

Nombre d'associés :
Forme juridique :
N° de siret :
Nombre de salariés :



ADHÉREZ EN LIGNE...

Pour connaître le montant de votre cotisation* ou adhérer directement en ligne, scannez le QR Code ou RDV sur www.CSMF.org à la rubrique "Adhérer" !

... OU PAR VOIE POSTALE

Après avoir consulté en ligne le montant de votre cotisation variable en fonction de votre département, retournez votre bulletin d'adhésion dûment complété, accompagné d'un chèque à l'ordre de la CSMF, à l'adresse suivante : **CSMF / 79 rue de Tocqueville / 75 017 Paris**. Possibilité de régler la cotisation par virement bancaire > **IBAN : FR97 3000 2004 3700 0044 6809 B39 / BIC : CRLYFRPP**.