

# J'adhère à la CSMF

**DROM**



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](http://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**.