

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse courrier :** .....  
(Corrigez si besoin)

**Code Postal :** ..... **Ville :** .....

**N° RPPS :** .....

**Téléphone Prof:** ..... **Fax :** .....

**Portable :** ..... **Courriel :** .....

**Année de naissance :** ..... **Année de diplôme :** ..... **Année d'installation :** .....

**Titulaire du Board Européen de MPR :** OUI  NON

COTISATION		la cotisation 2018 est la même pour les salariés et les libéraux			
<b>NORMALE</b> (Cochez votre exercice)	Libéral <input type="checkbox"/>	Salarié du public <input type="checkbox"/>	Salarié du privé <input type="checkbox"/>	Exercice mixte <input type="checkbox"/>	<b>120 €</b>
<b>GRATUITE</b>	Internat	Post-Internat			
<b>RÉDUITE</b>	Retraité	Retraité en activité	Sans emploi		<b>40 €</b>
				1 <sup>ère</sup> année d'exercice	<b>40 €</b>
				2 <sup>ème</sup> année d'exercice	<b>60 €</b>

<b>Cotisation complémentaire de soutien</b>	<b>30 €</b>	<b>75 €</b>	<b>150 €</b>	<b>Plus</b>	<b>€</b>
<b>TOTAL</b>	<b>€</b>	Un justificatif fiscal vous sera envoyé systématiquement			
chèque à l'ordre du <b>SYFMER – 79 rue de Tocqueville – 75017 PARIS</b>					

A quelle centrale syndicale souhaitez-vous que le SYFMER adhère ?

CSMF  FMF  SML  Aucune  Sans Avis

L'adhérent déclare être qualifié en **Médecine Physique et de Réadaptation** par le conseil de l'Ordre des médecins.

Certifié exact et sincère	Date et signature

La cotisation donne au Syndicat les moyens de son action. Elle vous permet d'être informé, conseillé et, au besoin, défendu par le syndicat.

Seuls les adhérents à jour de leur cotisation reçoivent les **lettres d'information** du SYFMER et ont accès au site Web : [www.syfmer.org](http://www.syfmer.org)

**Même si vous ne souhaitez pas cotiser au SYFMER, merci de nous faire part de vos modifications d'adresses afin de tenir à jour le fichier des MPR.**

**Si vous ne souhaitez plus apparaître dans le fichier SYFMER, merci de nous renvoyer l'appel en mentionnant : « désinscription »**