

NOM : **Prénom :**

Adresse courrier :
(Corrigez si besoin)

Code Postal : **Ville :**

N° RPPS :

Téléphone Prof : **Fax :**

Portable : **Mail :**

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

Titulaire du Board Européen de MPR : OUI NON

COTISATION		La cotisation est la même pour les salariés et les libéraux			
NORMALE (Cochez votre exercice)	Libéral <input type="checkbox"/>	Salarié du public <input type="checkbox"/>	Salarié du privé <input type="checkbox"/>	Exercice mixte <input type="checkbox"/>	120 €
GRATUITE	Internat	Post-Internat			
REDUITE	Retraité	Retraité en activité	Sans emploi		40 €
NOUVELLE ADHESION	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année			60 €

Cotisation complémentaire de soutien	30 €	75 €	150 €	Plus	€
TOTAL	€	Un justificatif fiscal vous sera envoyé systématiquement			

- Chèque à l'ordre du **SYFMER** – A envoyer à **GOMED-SYFMER – 34, rue Laffitte – 75009 PARIS**
 Virement en précisant votre nom et prénom : FR76 3004 7140 1100 0433 9540 163 – BIC : CMCIFRPP

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

AVENIR SPE **CSMF** **FMF** **SML** **Autre** **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

Même si vous ne souhaitez pas cotiser au SYFMER, merci de nous faire part de vos modifications d'adresse 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 ».