



SYNDICAT | MÉDECINS
DES LIBÉRAUX

ADHÉSION 2017

Site 2017

MERCI DE COMPLETER LES INFORMATIONS CI-DESSOUS :

N° RPPS :

N° SIRET (*) :

N° URSSAF (*) :

cachet

Madame Monsieur

Date de naissance :/...../.....

Nom : Prénom :

Adresse professionnelle :

Code postal : Ville :

Téléphone : /.... /.... /.... /.... Portable : /.... /.... /.... /.... Fax : /.... /.... /.... /....

E-mail :@.....

Médecin spécialiste en médecine générale

Médecin spécialiste (Indiquez la spécialisation éventuelle)

MEP (Indiquez le type d'expertise)

Autres

SECTEUR : 1 2 DP Non conventionné

Mode d'exercice(*) : Libéral Mixte (libéral et salarié)

Forme d'exercice(*) : Individuel SCM SCP SEL Autre forme :

Nombre de salariés(*) :

Nombre de confrères exerçant avec vous(*) :

J'ADHERE AU SYNDICAT DES MEDECINS LIBERAUX

et vous adresse le montant de ma cotisation annuelle, soit :

290 € Cotisation annuelle

180 € Cotisation réduite (pour conjoint de médecin, adhérent au SML à taux plein)

130 € 1^{ère} année d'adhésion

100 € Cotisation retraité(e)

En cas de difficulté de trésorerie, contactez le SML

LE SML VOUS ACCOMPAGNE ET VOUS PROPOSE DE NOMBREUX AVANTAGES

(*) Dans le cadre de la représentativité patronale du SML ces éléments nous sont nécessaires.

« Je suis informé(e) et j'autorise le SML ainsi que l'association AFML à recueillir des informations me concernant et à s'échanger respectivement lesdites informations. Ces informations sont réservées exclusivement à la mise en œuvre des services proposés par le SML et l'AFML, et ne pourront être communiquées.

Conformément aux articles 39 et suivants de la Loi n° 7817 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés : toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations le concernant en s'adressant au secrétariat du SML. »