

VOUS VOULEZ ADHÉRER AU SML, NOUS VOUS EN REMERCIONS.
REMP LISSEZ CE BULLETIN DIRECTEMENT À L'ÉCRAN.
IMPRIMEZ LE ET RENVOYEZ LE ACCOMPAGNÉ DE VOTRE RÉGLEMENT AU SML.

Mme Melle Mr

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

ADRESSE PROF. : _____

CODE POSTAL : _____

VILLE : _____

TÉLÉPHONE : _____

FAX : _____

PORTABLE : _____

E.MAIL : _____

Nécessaire pour toutes informations par email

QUEL EST VOTRE EXERCICE PROFESSIONNEL ? _____

GÉNÉRALISTE SPÉCIALISTE

SPÉCIALITÉ OU EXERCICE PARTICULIER : _____

SECTEUR : I II DP Non Conventionné

ADHÉRENT D'UN AUTRE SYNDICAT OUI NON

LEQUEL ? _____

J'ADHÈRE AU SYNDICAT DES MÉDECINS LIBÉRAUX ET VOUS ADRESSE LE MONTANT DE MA COTISATION ANNUELLE.

100 € Cotisation annuelle (Tarif "**découverte 2010**" pour une première adhésion)

En cas de difficulté de trésorerie contactez le SML.

Le SML vous accompagne et vous propose de nombreux avantages à découvrir à la rubrique :
Tout le SML... Services aux adhérents.

SML, Toujours plus libre...

«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 la concernant en s'adressant au secrétariat du SML.»