



# ADHÉSION 2023

## MERCI DE COMPLÉTER LES INFORMATIONS CI-DESSOUS :

N° RPPS : .....

N° SIRET <sup>(1)</sup> : .....

N° URSSAF <sup>(1)</sup> : .....

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

Madame  Monsieur

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) .....

Secteur :  1  2  DP  Non conventionné

Vous faites partie d'une :

CPTS (Communauté professionnelle territoriale de santé)  Association employant du personnel

Autre forme de coordination (PDS, PDSA, ESP, ESS) .....

Mode d'exercice<sup>(1)</sup> :  Libéral  Mixte (libéral et salarié)

Forme d'exercice<sup>(1)</sup> :  Individuel  SCM  SCP  SEL  Autre forme : .....

Nombre de salariés<sup>(1)</sup> : ..... Nombre de confrères exerçant avec vous<sup>(1)</sup> : .....

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

**J'adhère au Syndicat des Médecins Libéraux** et vous adresse ma cotisation annuelle, soit (cochez la case)

300 € Cotisation annuelle

180 € Cotisation réduite pour

conjoint de médecin adhérent au SML à taux plein **OU**  1<sup>ère</sup> année d'adhésion

**OU**  3 Premières années d'installation (date installation : .....

150 € Cotisation retraite active

100 € Cotisation retraité(e)

20 € Interne en médecine

Par (cochez la case) :

Chèque  Virement <sup>(2)</sup> : **IBAN** - FR76 3005 6000 8900 8900 1717 374 - **Code BIC** - CCFRFRPP

Prélèvement <sup>(3)</sup> en 5 mensualités de :

60 € (300 €) **OU**  36 € (180 €) **OU**  30 € (150 €) **OU**  20 € (100 €)

**(2) Virement, merci de nous retourner ce bulletin d'adhésion**

**(3) Prélèvement, merci de nous retourner ce bulletin d'adhésion ainsi que le Mandat de prélèvement daté et signé accompagné d'un RIB**

**Pour les paiements par prélèvements ou virement vous pouvez envoyer les documents par mail à [c.courtat@lesml.org](mailto:c.courtat@lesml.org)**

### LE SML VOUS ACCOMPAGNE ET VOUS PROPOSE DE NOMBREUX AVANTAGES

« 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. »

**Syndicat des Médecins Libéraux**

Immeuble Point Sud - 40 Rue Gabriel Crié 92240 MALAKOFF

Tel : 01 84 79 05 50 | [lesml@lesml.org](mailto:lesml@lesml.org) | [www.lesml.org](http://www.lesml.org)