



ADHÉSION 2022

MERCI DE COMPLÉTER LES INFORMATIONS CI-DESSOUS :

N° RPPS :

N° SIRET ⁽¹⁾ :

N° URSSAF ⁽¹⁾ :

Date de naissance :

Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Adresse professionnelle :

Code postal : Ville :

Téléphone : Portable : Fax :

E-mail :

Cachet

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 parti d'une :

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

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

Mode d'exercice⁽¹⁾ : Libéral Mixte (libéral et salarié)

Forme d'exercice⁽¹⁾ : Individuel SCM SCP SEL Autre forme :

Nombre de salariés⁽¹⁾ : Nombre de confrères exerçant avec vous⁽¹⁾ :

⁽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)

290 € Cotisation annuelle

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

130 € ⇨ 1^{ère} année d'adhésion **OU** 1^{ère} année d'installation (date :

100 € ⇨ Cotisation retraité(e) **OU** Cotisation retraite active

20 € Interne en médecine

20 € Interne parrainé par MSU (Justificatif au nom du MSU)

Nom et Prénom de l'Interne :

Par (cochez la case) :

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

Prélèvement ⁽³⁾ en 5 mensualités de :

58 € (290 €) **OU** 36 € (180 €) **OU** 26 € (130 €) **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

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 | www.lesml.org

