



FMF

BULLETIN D'ADHESION

Médecin retraité

Je soussigné(e) Docteur.....

Spécialité:

Compétence - Exercice particulier:.....

Année de départ à la retraite:

Adresse activité principale

Région.....

Téléphone fixe..... Mobile.....

Adresse email@.....

RPPS.....Adeli

Avez-vous du personnel ? (si oui, précisez le nombre d'employé(e) (s).....

Adhère à la FMF et vous adresse mon chèque de cotisation annuelle de

170 €

Ma cotisation me permet de participer aux débats, réunions avec droit de vote aux assemblées générales.

A réception du chèque par la FMF,

je recevrai un reçu. J'aurai aussi accès à la liste de discussion des adhérents FMF en envoyant un email à adherents-fmf+subscribe@googlegroups.com

Les informations portées sur ce bulletin font l'objet d'un traitement informatisé utile à la gestion du syndicat. Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous envoyer un email à contact@fmfpro.org ou écrire au siège de la FMF 10 Boulevard des Frères Vigouroux - 92140 Clamart

J'accepte d'être destinataire de toutes les communications de la Fédération des Médecins de France (désinscription en écrivant à admin@fmfpro.org) et mis en relation avec les adhérents de ma région sur simple demande à contact@fmfpro.org

Date, Tampon et Signature

Votre cotisation doit être adressée au trésorier de la FMF

Docteur Dominique DREUX

9 avenue de Gommonvillers 91430 IGNY

Vous pouvez aussi adhérer en ligne en vous scannant le QR code ci-joint ou en vous rendant à l'adresse

<http://www.fmfpro.org/j-adhere-a-la-fmf.html>

ou en scannant le QR-Code ci-contre.

