



**FMF**

Fédération  
des Médecins  
de France



## BULLETIN D'ADHESION

Je soussigné(e) Docteur.....

Secteur 1 <input type="checkbox"/>	Secteur 2 <input type="checkbox"/> CAS/OPTAM/OPTAM.CO <input type="checkbox"/>	Non conventionné <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	---	--

Spécialité:

Compétence - Exercice particulier:

.....

### Adresse professionnelle

.....

Région.....

Téléphone fixe.....Téléphone mobile.....

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 **270 €****

Ma cotisation sera répartie comme suit :

FMF Nationale: **170 €** FMF-US/FMF-UG/FMF-UMEP **50 €** Structure régionale ou départementale: **50 €**

*(Si vous ne souhaitez pas reverser à une de ces structures, vous pouvez la raturer)*

A réception du chèque par la FMF,

- je recevrai un reçu fiscal
- j'aurai accès à la liste de discussion des adhérents FMF en envoyant un email à [adherents-fmf+subscribe@googlegroups.com](mailto:adherents-fmf+subscribe@googlegroups.com)
- Je serai destinataire des courriers et courriels de la Fédération des Médecins de France et serai mis en relation avec les adhérents de ma région ou de ma demande sur simple demande à [contact@fmfpro.org](mailto:contact@fmfpro.org)

### Date 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 rendant à l'adresse

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

ou en scannant le QR-Code ci-contre.

