

JE SOUSIGNÉ(E) DOCTEUR

SPÉCIALITÉ

Vous pouvez cocher simultanément une des deux cases en plus de votre spécialité

PTL* MEP*

ANNÉE DE DÉPART À LA RETRAITE

ADRESSE POSTALE

ADRESSE COURRIEL

@

TÉL. PORTABLE

TÉL. FIXE

RPPS

N°ADELI

AVEZ-VOUS DU PERSONNEL ? (si oui, précisez le nombre d'employé(s))

*PTL : plateau technique lourd , *MEP : médecins à expertise particulière (*Explications: <https://www.fmfpro.org/aux-medecins-a-sensibilite-mep.html>*)

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 fiscal.
- J'aurai accès à la liste de discussion des adhérents FMF en envoyant un mail à **adherents-fmf+subscribe@googlegroups.com**
- Je serai destinataire des courriers et courriels de la Fédération des Médecins de France
- Je serai mis en relation avec les adhérents de ma région ou de mon département sur simple demande à **contact@fmfpro.org**

J'accepte d'être destinataire de toutes les communications de la Fédération des Médecins de France.

Désinscription en écrivant à admin@fmfpro.org.

Les informations portées sur ce bulletin font l'objet d'un traitement informatisé utile à la gestion du syndicat. Conformément au "règlement général sur la protection des données personnelles" du 25 mai 2018, 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.

DATE

SIGNATURE

Votre cotisation doit être adressée au trésorier de la FMF :

Docteur Dominique Dreux - 9, avenue de Gommonvilliers 91430 Igny
ou à votre trésorier départemental/ régional

La FMF est adhérente de la Chambre Nationale des Professions Libérales

