

Appel à cotisation 2014

Mme Melle Mr

Nom..... Prénom

Adresse professionnelle :

Code postal : Ville :

☎ : Mobile : 📠 :

**E-Mail indispensable
 pour recevoir la Newsletter :**

@

Responsable CME : OUI NON

Adresse de la Clinique (si différente du Cabinet) :

.....

☎ : 📠 :

Année de thèse :

Faculté :

Année d'installation libérale :

Convention :

Secteur I
 Secteur I + DP ou promotion

Secteur II
 Non conventionné

Mode d'exercice :

Individuel
 S.C.P.
 Ass. pluridisciplinaire

Ass. même discipline
 S.C.M.
 Temps partiel Hosp Public

Retraité ou Mica

Montant de la cotisation 2014 : **85 €**

Cotisation entièrement déductible.

Signature :

Tampon professionnel :