

Mme/Mlle M

NOM : **Prénom :**

Spécialité : Allergologue Exclusif Autre (précisez) :

Secteur d'exercice 1 2 3

Situation : Exercice libéral Exercice hospitalier ou salarié Etudiant ou retraité

Adresse professionnelle :

Code Postal : **Ville :**

Tél : **Fax :** **Mobile :**

E-Mail (pour recevoir les infos du SYFAL)

Cochez le syndicat de votre choix : CSMF-U.ME.SPE SML FMF

Année de naissance : [][][][] **Année d'installation (si installé) :** [][][][]

Cochez ici pour que vos coordonnées paraissent dans l'annuaire du site www.syfal.net

Avec votre adresse mail ? Oui Non

Vous pourrez toujours modifier ce choix en accédant à votre compte.

J'adhère au SYFAL et verse pour l'année **2015** la somme de **105 €**, retraités et étudiant 35 €
(comportant 15 euros pour l'abonnement au SYFAL Magazine)

A partir de cette année les cotisations seront calquées sur l'année civile (du 1^{er} janvier au 31 décembre 2015)

A adresser, accompagné de votre règlement par chèque libellé à l'ordre de « **SYFAL** »
au secrétariat à :

Cachet et signature du praticien

Anne THILLAY- SYFAL
30, bd Marchant Duplessis
37000 TOURS

06 75 49 24 40
bureau@syfal.net

Les informations recueillies sont nécessaires à votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant. Si vous souhaitez exercer ce droit, veuillez vous adresser au siège du SYFAL.



Justificatif de paiement de votre cotisation du 1^{er} janvier au 31 décembre 2015
à découper et à conserver

Acquitté le :/...../..... la somme de **105 Euros**

Banque : N° de chèque :

Docteur Catherine PONNELLE Trésorière