

Mme/Mlle M

NOM : **Prénom :**

Adresse professionnelle :
.....

Code Postal : **Ville :**

Tél : **Mobile :**

E-Mail (pour recevoir les infos du SYFAL)

Année de naissance : |_|_|_|_| **Année d'installation (si installé) :** |_|_|_|_|

Spécialiste qualifié en Allergologie Autre (précisez) :

Allergologue Exclusif non qualifié

Secteur d'exercice 1 2 3

Mode d'exercice : Exercice libéral Exercice hospitalier ou salarié Exercice mixte
 Médecins de moins de 33 ans
 Étudiant (précisez l'année)
 Retraité actif Retraité non actif

Départ retraite prévu dans les 2 ans : mois |_|_| Année |_|_|_|_|

Etes-vous adhérent à une Centrale syndicale à titre individuel ? oui non

Si oui laquelle

Possédez-vous une cabine de pléthysmographie ? oui non

Cochez ici si vous ne souhaitez pas que vos coordonnées paraissent dans l'annuaire du site www.syfal.net (accès tout public)

J'adhère au **SYFAL** et verse pour l'année **2023** (du 1^{er} janvier au 31 décembre)

- 150 €** cotisation annuelle
- 75 €** cotisation retraité(e) non actif
- 75 €** médecins de moins de 33 ans
- Gratuit** Internes

- Par carte bancaire en ligne site www.syfal.net « Adhésion »
- Par virement bancaire : IBAN FR76 1027 8373 2400 0113 9860 184 - BIC CMCIFR2A
- Par chèque libellé à l'ordre de « SYFAL »

A adresser, au secrétariat :
Anne THILLAY- SYFAL
30, bd Marchant Duplessis
37000 TOURS

Cachet et signature

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.

Un justificatif vous sera envoyé par mail à réception de votre règlement

