COLLEGE REGIONAL REGION PAYS DE LA LOIRE

Syndicat des médecins de la Sarthe
6, boulevard François Blancho - 44200 NANTES
collegeregional@csmf-paysdeloire.org

Président : Dr Eric LEFEBVRE

Bulletin d'adhésion 2026

Catégorie	Montant de la cotisation
Taux plein (ou aide juridique)	**450€**
Jeunes installés moins de 3 ans	**350€**
Retraités	**200€**

- Par **prélèvement automatique :** ☐ 1 seule fois ☐ en 4 fois
  sur votre compte professionnel. Signez votre mandat de Prélèvement SEPA ci-dessous (Inutile de remplir l'imprimé, nous nous en chargerons) Adressez le tout accompagné d'un RIB
- **En ligne** en vous connectant sur le site de la CSMF : www.csmf.org (rubrique ADHERER)
- **Par chèque bancaire** au nom **du Collège Régional CSMF Pays de Loire**

Cotisation fiscalement déductible

NOM et Prénom ou cachet : ----------

ADRESSE complète du cabinet (rue, bâtiment, entrée) : ----------

Spécialité : ----------

Téléphone : ---------- Portable : ----------

E-mail : ----------

Très important pour nous permettre de vous adresser les informations en temps réel.

Type d'exercice : Individuel ☐ Nbre de salariés : ……

Groupe ☐
- Forme juridique : ……
- Nbre d'associés : ……
- N° Siret : ……
- Nbre de salariés : ……

MANDAT de Prélèvement SEPA Référence du mandat : ----------	Créancier : Collège Régional CSMF des Pays de Loire

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez CSMF LOIRE ATLANTIQUE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CSMF LOIRE ATLANTIQUE .
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé avec elle.
Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Nom : ……
Prénom : ……
Adresse : ……
……
C.P. : ……
Ville : ……

Les coordonnées de votre compte
|F_|R_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_| _|_| | _|_| _|
IBAN

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Code International d'identification de votre banque - BIC

Nom du créancier : Collège Régional CSMF
Identifiant Créancier SEPA : FR13zzz629791
Adresse du créancier : 6 bd François Blancho - 44200 Nantes - France
Type de paiement : paiement récurrent/répétitif

Signature

Fait à : ……
le --------/ ------- / --------