CSMF MEDECINS 75
79, rue de Tocqueville – 75017 PARIS
Mail : csmf@csmf.org

COTISATION 2026

☐ Mme ☐M.

NOM:_____ Prénom : _____

Date de naissance: _____

Adresse professionnelle : _____

Code postal: _____ Ville: _____

Tél : _____ Port: _____

Mail: _____

Médecin Spécialiste en Médecine Générale : _____

Médecin Spécialiste – Spécialité : _____

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

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

Cotisation taux plein : 300 €

Cotisation jeune installé (moins de 5 ans) : 100 €

Cotisation médecin retraité : 100 €

Règlement de votre cotisation en ligne sur le site de la CSMF :
https://www.csmf.org/adherer/

Cotisation entièrement déductible de vos revenus professionnels.

La cotisation comprend la part départementale, la part nationale CSMF, l'abonnement à la revue « Médecin de France », l'adhésion à « Les Généralistes CSMF » pour les généralistes ou « Les Spécialistes CSMF » pour les spécialistes.

Verse la somme de ……. Euros, en règlement de sa cotisation syndicale pour l'année 2026 à la CSMF 75.

Pour ne plus recevoir d'informations de la CSMF 75, (mail et courrier postal), cocher cette case : ☐

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de limitation du traitement, d'effacement et de portabilité de vos données ; pour l'exercer, contacter le secrétariat de la CSMF 75 (par courrier ou Email) à l'adresse ci-dessus, en joignant copie de votre identité.