ADHÉSION 2026

Syndicat des Médecins de GUYANE

M. ☐ ou Mme ☐ le Dr : _____Prénom : _____

Date et lieu de naissance : _____

Adresse : (rue) _____

Code postal : _____Ville : _____

Tél. : _____Mobile : _____

E-mail :_____

☐ Médecin spécialiste en médecine générale

☐ Médecin spécialiste (indiquez la spécialisation) _____

☐ MEP (indiquez le type d'exercice) _____

Secteur 1 ☐ Secteur 2 ☐ Secteur optionnel ☐

Mode d'exercice : **Individuel** ☐ nombre de salariés : ……

Groupe ☐ forme juridique : …….. Nombre d'associés : …….

Nombre de salarié : …… N° Siret : ……

J'adhère à la CSMF et règle ma cotisation (selon mon cas)

☐ 330 € taux plein (médecin actif)

☐ 165 € médecin retraité non actif

Par chèque à l'ordre du Syndicat des Médecins de Guyane

Par virement sur le compte Crédit Agricole du Syndicat des Médecins de Guyane :

IBAN : FR76 1980 6004 8040 2583 4731 796 **BIC** : AGRIMQMX

DATE …… CACHET + SIGNATURE

12 Lotissement Montjoyeux – 97300 CAYENNE - mail : christianrohrbacher973@gmail.com