BULLETIN D'ADHESION 2026
Cotisation fiscalement déductible 280 euros

Je soussigné(e),
Docteur NOM : ..... **PRENOM :** .....

Adresse : .....

Code Postal : 974..... **Ville :** .....

Portable : 06 9..... **Mail :** ..... **@**.....

Fax : ..... **Votre année de naissance : 19**.....

Médecin Spécialiste en Médecine Généraliste ☐
Médecin Spécialiste – spécialité ..... ☐

Type d'exercice **Individuel** ☐ **Nombre de salarié(s) :** .....

Groupe ☐
- **Forme juridique :** .....
- **Nombre d'associé(s) :** .....
- **N° SIRET :** .....
- **Nombre de salarié(s) :** .....

Êtes-vous ? **Médecin coordonnateur en EHPAD** **OUI** ☐ **NON** ☐
Agréé pour le permis de conduire **OUI** ☐ **NON** ☐

Adhère par la présente à la CSMF Réunion et joins <u>mon règlement de 280 € pour l'année 2026.</u>

Fait à Le ...../...../ Signature

Si vous ne souhaitez pas recevoir les informations (mail et courrier postal) et newsletter de la part du syndicat CSMF et CSMF Réunion, merci de cocher cette case ☐

Vous pouvez effectuer votre paiement par :

- Chèque : auprès de nos trésoriers ou notre secrétariat
  A CSMF Réunion - 60 rue Dumesgnil d'Engente - 97440 SAINT ANDRÉ
- Virement bancaire : IBAN : FR76 1131 5000 0108 0150 6624 722 BIC : CEPAFRPP131
- Versement sur le compte Helloasso : https://www.helloasso.com/associations/csmf-reunion-syndicat-des-medecins/adhesions/adhesion-2025

Les informations personnelles de ce formulaire sont destinées uniquement à la CSMF. En aucun cas ces données ne pourront être utilisées à des fins commerciales ou transmises à des tiers. Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent (Art. 34 de la loi « informatique et liberté »). Pour l'exercez adressez-vous au secrétariat