

En soutien des activités de la SFMG

Bulletin d'adhésion 2024

Nom :

Prénom :

Sexe : F

M

Adresse professionnelle :

Code Postal :

Ville :

Tél. Professionnel :

Mobile :

E-mail :

Date de naissance :

Année d'installation :

Année de thèse :

Membre d'un Groupe de pairs : Oui

Non

Lieu :

Nom de votre logiciel médical :

Fonction Universitaire (cas échéant) :

Professeur

Maître de conférence

Chef de Clinique

Maître de stage

Université :

Adhère à la SFMG en qualité de :

Membre Associé – 1^{ère} adhésion soit **40 euros**

Membre Associé soit **85 Euros**

Etudiant et médecin non thésé** soit **35 Euros**

Membre Titulaire * soit **200 Euros**

Membre correspondant *** soit **85 Euros**

Je joins un chèque d'un montant de :

Euros pour l'année 2024

Date : / / 2024

Signature (et cachet) :

* : En 1993, l'Ordre National des Médecins a reconnu la mention « Membre Titulaire de la Société Française de Médecine Générale » comme une mention autorisée sur les ordonnances médicales, au titre de l'appartenance à une société savante. Si vous voulez devenir membre titulaire de la SFMG, contactez la SFMG ou consultez notre site Internet à la rubrique "Présentation"

** : joindre une photocopie de la carte d'étudiant de l'année en cours.

*** : Les membres correspondants sont des personnes non médecin généraliste, dont l'adhésion est soumise à accord de la SFMG selon les statuts.

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à : SFMG – Catherine Martin – 141 avenue de Verdun – Issy les Moulineaux – sfmg@sfmg.org

SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE GENERALE

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat (réservé SFMG)

--

En signant ce formulaire, vous autorisez la Société Française de Médecine Générale à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Société Française de Médecine Générale. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée 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, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IBAN- Numéro d'identification international votre compte bancaire

--

BIC- Code international d'identification de votre banque

--

TYPE DE PAIEMENT

Païement récurrent / répétitif : ou Païement ponctuel :

CREANCIER

Nom: *Société Française de Médecine Générale*

ICS : *FR23ZZZ465196*

Adresse : *141 Avenue de Verdun 92130 Issy les Moulineaux*

Fait à :

Signature :

Le :

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

A retourner à : Société Française de médecine Générale

141 Avenue de Verdun

92130 Issy les Moulineaux