

Adhésion UFML-S 2019 N°



Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Spécialité:

Lieu d'exercice (adresse complète) :

.....

Activité : Libérale o Mixte o { cocher la case }.

N° RPPS :

Tél :

email :

Je, soussigné Dr, adhère ce jour au syndicat UFML- S

et verse une cotisation de€ pour l' année 2019 (200€ / 100€ pour les moins de 40 ans et retraités actifs)

A, le Signature :

.....



Attestation versement à l' UFML-S 2019 N°

Drpour la somme de € , versée le,
devient membre de plein droit de l' UFML-S , syndicat de medecins pour
l'année 2017.

La Trésorière / Trésorière adjoint :

Union Française pour une Médecine Libre -Syndicat,

4 rue Brochant , Paris 17eme . Contact : ufmls@yahoo.com