

# 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°

Dr .....pour 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