**Adhésion UFML-S 2020** 

Nom: .....................................................

Prénom: ....................................... .

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

Spécialité: ..................................................... .

lieu d'exercice ( adresse complète) : ............................................ .

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

No RPPS : .................... .

Tél: .......................................... .

email: ..................................... .

Je, soussigné(e) Dr ............................................. , adhère ce jour au syndicat UFML-S et verse une cotisation de ........... € par………………………...pour l'année 2020

(200 euros / 100 euros pour les moins de 40 ans et retraités actifs, adhésion valable 1 an avec renouvellement à la date anniversaire de façon volontaire)

À……

Le……..

Signature :

Union Française pour une Médecine Libre -Syndicat,

4 rue Brochant. Paris 17eme •

Contact: ufmls@yahooo.com