

Mme/Mlle M

NOM : **Prénom :**

Adresse professionnelle :

Code Postal : **Ville :**

Tél : **Fax :** **Mobile :**

E-Mail (pour recevoir les infos du SYFAL)

Année de naissance : |_|_|_|_| **Année d'installation (si installé) :** |_|_|_|_|

Spécialité : Allergologue Exclusif Autre (précisez) :

Secteur d'exercice 1 2 3

Mode d'exercice : Exercice libéral Exercice hospitalier ou salarié

Etudiant ou retraité

Cochez le syndicat de votre choix : CSMF-U.ME.SPE SML Aucun

Cochez ici pour que vos coordonnées paraissent dans l'annuaire du site www.syfal.net
Avec votre adresse mail ? Oui Non

Vous pourrez toujours modifier ce choix en accédant à votre compte.

J'adhère au **SYFAL** et verse pour l'année **2018**

150 € cotisation annuelle

75 € cotisation retraité(e) ou étudiant(e)

Paiement en ligne sur www.apayer.fr/SYFAL

Par chèque libellé à l'ordre de « **SYFAL** »

Cachet et signature du praticien

A adresser, au secrétariat à :

Anne THILLAY- SYFAL
30, bd Marchant Duplessis
37000 TOURS

06 75 49 24 40
thillay.a@orange.fr

Les informations recueillies sont nécessaires à votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant. Si vous souhaitez exercer ce droit, veuillez vous adresser au siège du SYFAL.



**Justificatif de paiement de votre cotisation du 1^{er} janvier au 31 décembre 2018
à découper et à conserver**

Acquitté le :/...../..... la somme de Euros

Banque : N° de chèque :

Docteur Françoise BOUTELOUP
Trésorière