

## BULLETIN D'ADHESION 2021

### Cotisation fiscalement déductible

### 220 euros

Je soussigné, Docteur

NOM : ..... PRENOM : .....

Adresse : .....

Code Postal : 974..... Ville : .....

Portable : 06 9..... Mail : .....@.....

Fax : ..... Votre année de naissance : 19.....

Vous êtes : Médecin Généraliste  Médecin Spécialiste  MEP

Êtes-vous ? Médecin coordonnateur en EHPAD OUI  NON   
Agréé pour le permis de conduire OUI  NON

Adhère par la présente à la CSMF Réunion et joins mon règlement de 220 € pour l'année 2021

Fait à ..... Le ..... / ..... / 2021 ..... Signature

**Si vous ne souhaitez pas recevoir les informations (mail et courrier postal) et newsletter de la part du syndicat CSMF et CSMF Réunion merci de cocher cette case**

Vous pouvez effectuer votre paiement par :

- Chèque : auprès de nos trésoriers ou notre secrétariat  
A CSMF Réunion - 60 rue Dumesnil d'Engente - 97440 SAINT ANDRÉ
- Virement : demander les références bancaires au secrétariat

*Les informations personnelles de ce formulaire sont destinées uniquement à la CSMF. En aucun cas ces données ne pourront être utilisées à des fins commerciales ou transmises à des tiers. Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent (Art. 34 de la loi « informatique et liberté »). Pour l'exercer adressez-vous au secrétariat de la CSMF Réunion.*