

## Syndicat des médecins de Paris

Nom :	
Prénom :	
Année de naissance :	
Adresse professionnelle :	
	7 5 0 Paris
Année d'installation :	
Portable :	
Email :	
Spécialité :	

### Adhère au Syndicat des Médecins de Paris pour 2017.

- Verse **la somme de 350€** pour ma cotisation syndicale 2017.
- Demande un **prélèvement mensuel de 28€** soit **336€** par an.  
(Joindre un rib)
- Je demande que sur cette somme, la part nationale soit reversée au syndicat FMF  
ou un autre syndicat :

Cachet :

Paris, le :

Signature :