Bulletin d'adhésion

Médecin retraité non actif

FMF Fédération des Médecins de France

JE SOUSSIGNÉ(E) DOCTEUR .....

SPÉCIALITÉ ..... *Vous pouvez cocher simultanément une des deux cases en plus de votre spécialité* ☐ **PTL*** ☐ **MEP*** .....

ANNÉE DE DÉPART À LA RETRAITE .....

ADRESSE POSTALE .....

.....

ADRESSE COURRIEL ..... **TÉL. PORTABLE** .....

TÉL. FIXE ..... **RPPS** .....

N°ADELI .....

AVEZ-VOUS DU PERSONNEL ? (si oui, précisez le nombre d'employé(s)) .....

***PTL :** plateau technique lourd , ***MEP :** médecins à expertise particulière *(Explications: https://www.fmfpro.org/aux-medecins-a-sensiblite-mep.ht*

Adhère à la FMF et vous adresse mon chèque de cotisation annuelle de **220 €**

Ma cotisation me permet de participer aux débats, réunions avec droit de vote aux assemblées générales.

A réception du chèque par la FMF :

- Je recevrai un reçu fiscal.
- J'aurai accès à la liste de discussion des adhérents FMF en envoyant un mail à **adherents-fmf+subscribe@googlegroups.com**
- Je serai destinataire des courriers et courriels de la Fédération des Médecins de France
- Je serai mis en relation avec les adhérents de ma région ou de mon département sur simple demande à **contact@fmfpro.org**

☐ **J'accepte d'être destinataire de toutes les communications de la Fédération des Médecins de France.**
Désinscription en écrivant à admin@fmfpro.org.

☐ **J'accepte que mes données soient inscrites dans l'annuaire Espace Médecine** et de recevoir ainsi des communications des organismes de formation médicale et des enquêtes (thèse médicale par ex.).
Désinscription en écrivant à admin@fmfpro.org.

Les informations portées sur ce bulletin font l'objet d'un traitement informatisé utile à la gestion du syndicat. Conformément au "règlement général sur la protection des données personnelles" du 25 mai 2018, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous envoyer un email à contact@fmfpro.org ou écrire au siège de la FMF 15/17 rue Scribe 75009 PARIS Tel : 01 86 26 18 02

DATE .....

SIGNATURE

Votre cotisation doit être adressée au trésorier de la FMF :
Docteur Richard TALBOT
14 rue des Ecoles 50600 St Hilaire du Harcouët
ou à votre **trésorier départemental/ régional**

La FMF est adhérente de la Chambre Nationale des Professions Libérales

Construire l'Avenir de la Médecine Libérale

Adhérer en ligne

http://www.fmfpro.org/adherer-a-la-fmf.html

SCANNEZ MOI