

Identité

Titre	<input type="checkbox"/> Dr	<input type="checkbox"/> Pr.	<input type="checkbox"/> Mlle	<input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> M.
Qualification	<input type="checkbox"/> Neurologue		<input type="checkbox"/> Neuropsychiatre		
NOM et Prénom :					

Adresse Professionnelle ou cachet :

Téléphone :	Fixe :
	Portable :
Fax :	
E-mail :	

Secteur d'exercice professionnel principal

Activité	<input type="checkbox"/> Hospitalière	<input type="checkbox"/> Avec activité libérale S1	<input type="checkbox"/> S2	<input type="checkbox"/> OPTAM	<input type="checkbox"/> DP
	<input type="checkbox"/> Libérale	<input type="checkbox"/> Secteur I	<input type="checkbox"/> Secteur II	<input type="checkbox"/> OPTAM	<input type="checkbox"/> DP
Type d'exercice	<input type="checkbox"/> Individuel	Nombre de salariés :			
	<input type="checkbox"/> Groupe	Forme juridique :			
		Nombre d'associés :			
		N° de Siret :			
		Nombre de salariés :			
Année d'installation (hôpital et/ou libéral) :					
Retraité depuis le					
Exerçant en cumul activité/retraite : oui/non					
Retraité non-exerçant depuis le					
Interne / CCA , promotion...					
N° d'inscription au RPPS :					

Je souhaite adhérer au syndicat et me conformer aux dispositions des statuts, au règlement intérieur ainsi qu'aux décisions régulièrement adoptées par l'Assemblée Générale ou le Conseil d'Administration.

En contrepartie, j'aurai la jouissance de tous les avantages, de tous les services que le syndicat est en mesure de procurer à ses adhérents.

Je m'acquiesce par chèque ci-joint de la cotisation annuelle d'un montant de :

- 150 €** (cotisation pleine, y compris cumul retraite-activité)
- 65 €** (nouvelle installation professionnelle)
- 40 €** (retraité non-exerçant)
- 15 €** (interne /CCA)

Fait à,

le

Signature