

Bulletin d'adhesion 2018

Nom:

Prénom:

Statut actuel:.....

Spécialité d'exercice:

Nom et adresse de l'Hôpital:

.....

Adresse où vous voulez recevoir les courriers syndicaux :

.....

.....

Téléphone personnel :

Téléphone professionnel:

Fax:

Mail:



À retourner, accompagné du règlement (à l'ordre du **SNMH-FORCE OUVRIERE**) à :

Dr Marie Paule Lemonnier 9 rue Rue Carrière-Mainguet 75011 PARIS

Tarifs 2016 :

PH Temps plein, PU-PH : **185** euros

PH Temps partiel, Assistants, Attachés temps plein : **115** euros

Internes, Attachés temps partiel, Retraités : **85** euros

**66 % du montant
de la cotisation
est déductible de
vos impôts**