



## BULLETIN D'ADHÉSION Année 2019

À adresser avec le règlement à la trésorière du SNMS-Santé :  
**Dr Catherine CHALOPIN - 23, Rue de Ruffey - 21490 BELLEFOND**

Le Docteur (Nom, Prénom) : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Téléphone fixe : .....

Téléphone mobile : .....

Courriel : ..... @ .....

**Titulaire du DESC, du CES ou de la capacité de biologie et médecine du sport**

Faculté : ....., Année : .....

Ou compétence reconnue par le Conseil de l'Ordre Départemental du : ..... le .....

**Adhère en 2019 au Syndicat National des Médecins du Sport-Santé**  
**(avec parrainage de 2 membres du SNMS-Santé et acceptation de ses statuts)**

Date : .....

Signature

En payant sa cotisation annuelle :

**70 € médecin libéral, 50 € médecin salarié,**

(10 € médecins retraités ; **Demi tarif** 1<sup>ère</sup> année d'installation)

**Par chèque** à l'ordre du Syndicat National des Médecins du Sport-Santé (SNMS - Santé)

**Par virement bancaire** (voir au dos)

