



BULLETIN D'ADHESION 2010

Madame, Monsieur, le Docteur : (rayer la mention inutile)

Prénom : Nom :

Adresse de correspondance : (préciser: professionnel ou personnelle) :

.....

Autre adresse:

N° téléphone professionnel :N° fax professionnel :

N° téléphone domicile :N° fax domicile:

N° portable :

Email :

Date et lieu de naissance de naissance :

Année de Thèse :Qualification :Date :

Mode d'exercice :. (rayer les mentions inutiles)

- Libéral Secteur I
- Libéral Secteur II
- Hospitalier temps plein
- Hospitalier temps partiel
- Hospitalier privé à but non lucratif

COTISATIONS SNARF 2010

- 290 euros Praticiens libéraux (déductible fiscalement)
- 190 euros Nouveaux installés (moins d'un an)
- 190 euros Praticiens hospitaliers sans secteur privé
- 40 euros Retraités et les internes

Etes-vous adhérent de la SFAR (Société française d'anesthésie-réanimation) ?.....

Etes-vous adhérent du Collège français des anesthésistes-réanimateurs ?.....

A quelle centrale syndicale souhaiteriez-vous

que le SNARF reverse une partie de votre cotisation ?.....

Comment avez-vous connu le S.N.A.R.F. ?.....

Date :

Signature et tampon :