



## BULLETIN D'ADHESION 2016

Je soussigné (e), Docteur : ..... Prénom : .....

Adresse professionnelle : .....

.....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél.: ..... Fax : .....

Portable : .....

e-mail : .....

*(Merci d'écrire lisiblement afin que vous puissiez recevoir nos informations)*

Date et lieu de naissance : .....

Année de thèse : ..... Année de qualification : .....

Année d'installation : .....

### MODE D'EXERCICE :

- |   |   |
|---|---|
| - LIBERAL..... <input type="checkbox"/>                         | - SALARIE..... <input type="checkbox"/>                       |
| - GROUPE..... <input type="checkbox"/>                          | - VACATAIRE ..... <input type="checkbox"/>                    |
| - SECTEUR 1 ..... <input type="checkbox"/>                      | - SECTEUR 2..... <input type="checkbox"/>                     |
| - HOSPITALIER ..... <input type="checkbox"/><br>(temps partiel) | - HOSPITALIER ..... <input type="checkbox"/><br>(temps plein) |

### ADHERE AU SYNMAD ET REGLE LA COTISATION

**Cotisation 2016 : 190,00 €**  
**1<sup>ère</sup> année d'installation : 95,00 €**

LE .....  
SIGNATURE