



**SYNDICAT NATIONAL DES MEDECINS  
SPECIALISTES DE L'APPAREIL DIGESTIF**

79, rue de Tocqueville – 75017 PARIS  
Tél. : 01.44.29.01.30. – Fax 01.40.54.00.66.

[www.synmad.com](http://www.synmad.com) - email : [Synmad@wanadoo.fr](mailto:Synmad@wanadoo.fr)

**BULLETIN D'ADHESION 2017**

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 PROFESSIONNEL :**

- |   |  |
|---|--|
| - 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 :**

- |   |                 |
|---|-----------------|
| ❖ <b>Cotisation 2017 :</b>  | <b>190,00 €</b> |
| ❖ <b>1<sup>ère</sup> année d'installation :</b>                             | <b>95,00 €</b>  |
| ❖ <b>Jeunes Hépto-Gastroentérologues :</b><br>(Internes – CCA – Assistants) | <b>50,00 €</b>  |
| ❖ <b>Cotisation de soutien :</b><br>(Honoraires – Retraités)                | <b>50,00 €</b>  |

LE .....  
SIGNATURE