



**SYNDICAT NATIONAL DES MEDECINS FRANÇAIS  
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)

**APPEL DE COTISATION 2015**

Le Dr. .... Prénom .....

Adresse .....

.....

Tél : ..... Fax : .....

E-mail : .....  
(Merci d'écrire lisiblement)

règle sa cotisation 2015 d'un montant de .....  
par chèque bancaire ou postal libellé au nom du SYNMAD

**190,00 €**

Le : .....  
SIGNATURE