

Bulletin d'adhésion année 2025

A renvoyer à contact.snglib@gmail.com

Informations professionnelles de l'adhérent

Nom : Prénom :

Date de naissance : / /

Email : Téléphone :

Adresse professionnelle :

Code postal : Ville:

Mode d'exercices :

Libéral :

Temps	100% <input type="checkbox"/>	100-80% <input type="checkbox"/>	80-50% <input type="checkbox"/>	50-30% <input type="checkbox"/>	<30% <input type="checkbox"/>
Lieu(x)	Cabinet <input type="checkbox"/>	Clinique <input type="checkbox"/>	Autre :		

Salarié :

Temps	100% <input type="checkbox"/>	100-80% <input type="checkbox"/>	80-50% <input type="checkbox"/>	50-30% <input type="checkbox"/>	<30% <input type="checkbox"/>
Lieu(x)	Hôpital <input type="checkbox"/>	Ehpad <input type="checkbox"/>	Autre		

La cotisation s'élève à 100 Euros par virement bancaire :

IBAN (International Bank Account Number)

FR76 1020 7002 3624 2140 4352 330

BIC (Bank Identification Code)

CCBPFRPPMTG

Code banque

10207

Code guichet

00236

N° du compte

24214043523

Clé RIB Domiciliation/Paying Bank

30

En vertu des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 (relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés) l'association s'engage à ne pas utiliser les données personnelles de l'adhérent à des fins commerciales. Ce dernier dispose d'un droit de regard et de rectification des données personnelles le concernant.

Engagements de l'adhérent

Je certifie avoir pris connaissance de la charte et m'engage à payer ma cotisation dans le cadre de mon adhésion.

Fait à le / /

Nom, prénom et signature de l'adhérent
(Précédez la signature de la mention « lu et approuvé »)