



# SFPMed

LASERS MEDICAUX  
THÉRAPIE PHOTODYNAMIQUE  
IMAGERIE OPTIQUE

SOCIÉTÉ FRANCOPHONE DE PHOTONIQUE MÉDICALE

## COTISATION MEMBRE SFPMed 2019

Pour une 1<sup>ère</sup> inscription, merci de remplir complètement cette fiche à retourner à l'adresse ci dessous

Nom:

Prénom:

Fonction:

Spécialité:

Adresse Professionnelle  Personnelle  .....

Code postal .....Ville.....Pays.....

Téléphone..... Facsimile.....Portable.....

Mél : .....

*Toutes les communications de la SFPMed sont effectuées par email. Si votre adresse email change, pensez à nous le faire savoir, ou à la mettre à jour vous-même dans votre fiche membre en cliquant sur "mon compte", situé à gauche sur chaque page du site SFPMed.ORG.*

En 2019, le montant de la cotisation « membre » est de **120** Euros.

Il est aussi possible de cotiser pour 2 années (montant : **220** euros) ou 3 années (montant : **300** euros)

*Merci de bien vouloir cocher dans la liste ci-dessous les informations personnelles que vous acceptez de voir publiées dans l'annuaire des membres de la SFPMed (accessible uniquement aux membres de la SFPMed sur le site web) :*

Vos nom et prénom -  Employeur et ville d'exercice de votre profession -  Votre adresse email.

Règlement :

Chèque à l'ordre de la **Société Francophone de Photonique Médicale**

Virement bancaire (**préciser votre nom lors du transfert**)

références bancaires compte SFPMed

Caisse d'Épargne, 22, rue de Londres, 59420 MOUVAUX

Domiciliation		CE NORD FRANCE EUROPE	
Banque	Agence	Numéro de Compte	Clé
16275	00950	08104384453	78
IBAN : FR76 1627 5009 5008 1043 8445 378			
BIC : CEPFRPP627			

Bon de commande ci-joint à l'ordre de la **Société Francophone de Photonique Médicale**

**ATTENTION, si vous ne renouvelez pas votre cotisation d'ici au 15 juin 2019, les codes vous permettant l'accès à la section « membre » seront inactivés.**