

COTISATION MEMBRE SFPMed 2022

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 2022, 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 :

Uniquement par Virement bancaire (préciser votre nom lors du transfert)

références bancaires compte SFPMed

Caisse d'Epargne, 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 : CEPAFRPP627			

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

Attention, il faut aussi remplir le formulaire en ligne à l'adresse lors de la première inscription
<http://sfpmmed.org/adhesion/>