

## COTISATION MEMBRE SFPMed 2024

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 2024, 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 : CEPFRPP627			

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/>