sfmq@sfmq.org www.sfmg.org

En soutien des activités de la SFMG

## **Bulletin d'adhésion 2025**

Nom:	
Prénom :	Sexe : F M
Adresse professionnelle :	
Code Postal :	Ville :
Tél. Professionnel :	Mobile :
E-mail:	Date de naissance :
Année d'installation :	Année de thèse :
Membre d'un <u>Groupe de pairs</u> : Oui	Non Lieu:
Nom de votre <u>logiciel médical</u> :	
Fonction Universitaire (cas échéant):	
Professeur Maître de conférence Université :	Chef de Clinique Maître de stage
Adhère à la SFMG en qualité de :	
Membre Associé – 1ère adhésion Membre Associé Etudiant et médecin non thésé** Membre Titulaire * Membre correspondant ***	soit 40 euros soit 85 Euros soit 35 Euros soit 200 Euros soit 85 Euros
Je joins un chèque d'un montant de :	Euros pour l'année 2025
Date: / / 2024	
Signature (et cachet) :	

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à : SFMG - Catherine Martin - 141 avenue de Verdun – Issy les Moulineaux – sfmg@sfmg.org

<sup>\*:</sup> En 1993, l'Ordre National des Médecins a reconnu la mention « Membre Titulaire de la Société Française de Médecine Générale » comme une mention autorisée sur les ordonnances médicales, au titre de l'appartenance à une société savante. Si vous voulez devenir membre titulaire de la SFMG, contactez la SFMG ou consultez notre site Internet à la rubrique "Présentation"

<sup>\*\* :</sup> joindre une photocopie de la carte d'étudiant de l'année en cours.

<sup>\*\*\* :</sup> Les membres correspondants sont des personnes <u>non</u> médecin généraliste, dont l'adhésion est soumise à accord de la SFMG selon les statuts.



SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE GENERALE	
MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA	
Référence unique du mandat (réservé SFMG)  En signant ce formulaire, vous autorisez la Société Française de Médecine Générale à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Société Française de Médecine Générale. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.	
NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR	
Nom: Prénom: Adresse: Code postal: Pays:  DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER	
DESIGNATION DO COMPTE A DEBITER	
BIC- Code international d'identification de votre banque  TYPE DE PAIEMENT	
Paiement récurrent / répétitif : □ ou Paiement ponctuel : □	
CREANCIER	
Nom: Société Française de Médecine Générale ICS: FR23ZZZ465196 Adresse: 141 Avenue de Verdun 92130 Issy les Moulineaux Fait à: Signature: Le:	
Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.	
<u>A retourner à</u> : Société Française de médecine Générale 141 Avenue de Verdun 92130 Issy les Moulineaux	