

J'adhère à la CSMF



Demande d'adhésion

Mme M.

Nom..... Prénom.....

Spécialité exercée (dont médecine générale) :

.....

Date de naissance :

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Téléphone bur. : Portable : Fax :

E-Mail :

La CSMF adressera votre demande d'adhésion au syndicat départemental ou régional le plus proche de votre lieu d'exercice, qui vous contactera pour finaliser votre adhésion.



Merci de retourner votre bulletin d'adhésion
à la CSMF :
79, rue de Tocqueville - 75017 PARIS

www.csmf.org