

Mme/Mlle  M

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse professionnelle :** .....

**Code Postal :** ..... **Ville :** .....

**Tél :** ..... **Fax :** ..... **Mobile :** .....

**E-Mail (pour recevoir les infos du SYFAL)** .....

**Année de naissance :** |\_|\_|\_|\_| **Année d'installation (si installé) :** |\_|\_|\_|\_|

**Spécialité :**  Allergologue Exclusif  Autre (précisez) : .....

**Secteur d'exercice** 1  2  3

**Mode d'exercice :**  Exercice libéral  Exercice hospitalier ou salarié

Etudiant ou retraité

**Cochez le syndicat de votre choix :**  CSMF-U.ME.SPE  SML  Aucun

Cochez ici pour que vos coordonnées paraissent dans l'annuaire du site [www.syfal.net](http://www.syfal.net)  
Avec votre adresse mail ?  Oui  Non

*Vous pourrez toujours modifier ce choix en accédant à votre compte.*

J'adhère au **SYFAL** et verse pour l'année **2017**

**105 €** cotisation annuelle

**35 €** cotisation retraité(e) ou étudiant(e)

**Nouveau**  Paiement en ligne sur [www.apayer.fr/SYFAL](http://www.apayer.fr/SYFAL)  
 Par chèque libellé à l'ordre de « **SYFAL** »

Cachet et signature du praticien

A adresser, au secrétariat à :

**Anne THILLAY- SYFAL**  
**30, bd Marchant Duplessis**  
**37000 TOURS**

**06 75 49 24 40**  
**thillay.a@orange.fr**

*Les informations recueillies sont nécessaires à votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant. Si vous souhaitez exercer ce droit, veuillez vous adresser au siège du SYFAL.*



**Justificatif de paiement de votre cotisation du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2017  
à découper et à conserver**

Acquitté le : ...../...../..... la somme de **105 Euros**

Banque : ..... N° de chèque : .....

Docteur Françoise BOUTELOUP  
Trésorière