



La médecine
se rapproche
de vous



Bulletin d'adhésion SFTélémed 2018

L'adhésion est valable 12 mois

Je soussigné(e) (Nom, prénom).....demande mon
adhésion dans la catégorie Membre (cf tableau) à la Société Française de Télémédecine (SFTélémed).

Tous les champs sont obligatoires

Fonction :

Organisation :

Adresse :

.....

.....

Code postal : Ville : Cedex :

Portable : e-mail:

MEMBRES	Adhésion	Merci de cocher
Médecins et Pharmaciens	55 €	<input type="checkbox"/>
Autres professions (Avocats, Sociologues..)	55 €	<input type="checkbox"/>
Autres professionnels de santé	30 €	<input type="checkbox"/>
Etudiants	25 €	<input type="checkbox"/>
Membres Bienfaiteurs		
Etablissements et institutions	300 €	<input type="checkbox"/>
Industriels		
Moins de 10 salariés	300 €	<input type="checkbox"/>
De 10 à 49 salariés	500 €	<input type="checkbox"/>
De 50 à 99 salariés	750 €	<input type="checkbox"/>
Plus de 100 salariés	1 000 €	<input type="checkbox"/>

**Veillez trouver ci-joint le chèque n°..... d'un montant de€ correspondant à
ma cotisation pour 12 mois.**

Date & Signature