



## APPEL A COTISATION 2018

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Spécialité : \_\_\_\_\_

Etablissement : \_\_\_\_\_

Service : \_\_\_\_\_

Adresse professionnelle

Adresse personnelle

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Hospitalier

Libéral

**Montant de la cotisation : 40 €**

### Moyens de paiement :

Chèque à l'ordre de la SFAV

*A adresser, avec l'appel à cotisation complété à CR2 conseil / SFAV – 15 Rue Caumartin 75009 Paris*

Carte de crédit : j'autorise CR2 conseil à prélever pour la SFAV le montant de 40 Euros sur ma carte bancaire

Visa

MasterCard

American Express

Numéro de carte: \_\_\_\_\_ Date validité : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_