

## FICHE DE COTISATION 2023

Laboratoire dans lequel le ou les biologistes médicaux exercent leur activité :

Nom de la structure

Adresse

Tél :

Email :

STRUCTURE	NOM PROPRE	SCP	SEL...	AUTRE
-----------	------------	-----	--------	-------

Cotisation de base liée à la structure..... 930 €

Cotisation liée au **nombre total de sites de la structure** (plafonnée à 20 sites) et non liée  
au nombre de sites où exercent les biologistes adhérents. Nbre de sites ..... x 70 € = ..... €

Cotisation liée au nombre de biologistes adhérents. Nbre de biologistes ..... x 140 € = ..... €

**Montant total de la cotisation à régler :** .....  
..... €

### 1° Biologiste Médical Médecin ou Pharmacien

Nom : Prénom : tél. : email :

Nom et adresse du site :

### 2° Biologiste Médical Médecin ou Pharmacien

Nom : Prénom : tél. : email :

Nom et adresse du site :

### 3° Biologiste Médical Médecin ou Pharmacien

Nom : Prénom : tél. : email :

Nom et adresse du site :

### 4° Biologiste Médical Médecin ou Pharmacien

Nom : Prénom : tél. : email :

Nom et adresse du site :

### 5° Biologiste Médical Médecin ou Pharmacien

Nom : Prénom : tél. : email :

Nom et adresse du site :

*Au-delà du 5<sup>ème</sup> biologiste, photocopier cette fiche de cotisation et la compléter.*

**Biologiste Médical salarié non actionnaire**.....  800 €

Nom : Prénom : tél. : email :

Adresse :

**Biologiste Médical non installé ou remplaçant**.....  300 €

Nom : Prénom : tél. : email :

Adresse :

**Biologiste Médical hospitalier exclusif**.....  200 €

Nom : Prénom : tél. : email :

Adresse :

**Biologiste Retraité**.....  120 €

Nom : Prénom : tél. : email :

Adresse :

**Interne**.....  50 €

Nom : Prénom : tél. : email :

Adresse :

**Pour tous renseignements, contacter le SNMB par téléphone ou par mail.**

**IMPORTANT :** Nous vous rappelons que les cotisations syndicales sont des charges déductibles de votre chiffre d'affaires. **Faites adhérer au syndicat tous les biologistes médicaux de votre structure.**