

FICHE DE COTISATION 2026

INSCRIPTION COLLECTIVE DE LA STRUCTURE JURIDIQUE

☐ SCP ☐ SEL ☐ NOM PROPRE ☐ Autres

Nom de la structure :

Adresse du siège social :

Tél : Email : N° SIREN de la Selas :

Cotisation de base liée à la structure juridique :

930 €

Cotisation liée au nombre total de sites de la structure :

Nbre de sites..... x 70 € :
(plafonné à 40 sites)

..... €

Cotisation liée au nombre total de biologistes adhérents dans la structure

Nbre de biologistes x 140 € :

..... €

Montant total de la cotisation à régler :

..... €

1° Biologiste Médical (Médecin ou Pharmacien) ☐ associé ☐ non associé | ☐ statut libéral ☐ statut salarié

Nom : Prénom : email : @..... N° portable :

Nom et adresse du site :

2° Biologiste Médical (Médecin ou Pharmacien) ☐ associé ☐ non associé | ☐ statut libéral ☐ statut salarié

Nom : Prénom : email : @..... N° portable :

Nom et adresse du site :

3° Biologiste Médical (Médecin ou Pharmacien) ☐ associé ☐ non associé | ☐ statut libéral ☐ statut salarié

Nom : Prénom : email : @..... N° portable :

Nom et adresse du site :

4° Biologiste Médical (Médecin ou Pharmacien) ☐ associé ☐ non associé | ☐ statut libéral ☐ statut salarié

Nom : Prénom : email : @..... N° portable :

Nom et adresse du site :

5° Biologiste Médical (Médecin ou Pharmacien) ☐ associé ☐ non associé | ☐ statut libéral ☐ statut salarié

Nom : Prénom : email : @..... N° portable :

Nom et adresse du site :

(Au-delà du 5ème biologiste, photocopier cette fiche de cotisation ou télécharger le bon électronique sur le site du snmbio.com)

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

INSCRIPTION INDIVIDUELLE

voir au verso 

FICHE DE COTISATION

INSCRIPTION INDIVIDUELLE

Biologiste Médical non installé ou remplaçant ou individuel* ☐ 300 €

Nom : Prénom : email : @ N° portable :

Adresse :

* A titre exceptionnel

Biologiste Médical hospitalier exclusif ☐ 200 €

Nom : Prénom : email : @ N° portable :

Adresse :

Biologiste Retraité ☐ 120 €

Nom : Prénom : email : @ N° portable :

Adresse :

Interne ☐ 50 €

Nom : Prénom : email : @ N° portable :

Adresse :