

SYNDICAT NATIONAL DES MEDECINS BIOLOGISTES

133 boulevard du Montparnasse 75006 PARIS

Tél. : 01 40 47 60 60

syndmedbio@aol.com – www.snmbio.com

DEMANDE D'ADHESION

JE SOUSSIGNE(E) : Prénom :

Date de Naissance :

- DENOMINATION SOCIALE DE LA STRUCTURE :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

- DENOMINATION DU LABORATOIRE OU DU SITE :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

Téléphone : Email :

ADRESSE PERSONNELLE :

CODE POSTAL : VILLE :

Inscrit(e) au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de :

Inscrit(e) au Conseil de l'Ordre des Pharmaciens de la Section G

Sous le n° :

Déclare demander mon adhésion au Syndicat National des Médecins Biologistes (S.N.M.B.)

Nous vous adressons régulièrement des circulaires et des informations par courrier ou par mail, si vous ne souhaitez pas les recevoir, merci de cocher cette case

RENSEIGNEMENTS

- J'ai déjà fait partie du S.N.M.B. en - Je n'ai jamais fait partie du S.N.M.B.

- J'exerce dans ce laboratoire :

▪ seul (*)

▪ avec (*) :Médecin(s)Pharmacien(s)

- Forme juridique : NOM PROPRE (*)

SCP (*)

SEL... (*)

AUTRES (*)

- Fonction : Biologiste Médical Biologiste Médical Responsable Biologiste Méd. Co-Responsable

- Statut : Associé Salarié TNS

- J'exerce depuisannées, à titre libéral

- Dans un laboratoire hospitalier, fonction exercée :

- Cas particuliers :

Je m'engage à respecter le code de déontologie ainsi que les statuts du syndicat.

Date : Signature

(*) Rayer les mentions inutiles.