

FICHE DE COTISATION 2019

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

Nom de la structure

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

Adresse

Tél : Fax : Email :

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^{ème} biologiste, photocopier cette fiche de cotisation et la compléter.

Biologiste Médical salarié non actionnaire..... 600 €

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.**