

# SYNDICAT NATIONAL DES MÉDECINS BIOLOGISTES

133 boulevard du Montparnasse 75006 PARIS

Tél. : 01 40 47 60 60 – Fax : 01 43 22 91 03

syndmedbio@aol.com – www.snmbio.com

## DEMANDE D'ADHÉSION

JE SOUSSIGNÉ(E) : ..... Prénom : .....

Date de Naissance : .....

- DÉNOMINATION SOCIALE DE LA STRUCTURE : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

- DÉNOMINATION DU LABORATOIRE OU DU SITE : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

Téléphone : ..... Fax : ..... 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.)

## 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 depuis .....années, 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.