



SYNDICAT | MÉDECINS  
DES LIBÉRAUX

# ADHÉSION 2020

MERCI DE COMPLETER LES INFORMATIONS CI-DESSOUS :

N° RPPS : .....

N° SIRET (\*) : .....

N° URSSAF (\*) : .....

cachet

Madame  Monsieur

Date de naissance : ...../...../.....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse professionnelle : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .... /... /... /... /... /... Portable : .... /... /... /... /... /... Fax : .... /... /... /... /... /...

E-mail : .....@

Médecin spécialiste en médecine générale

Médecin spécialiste (Indiquez la spécialisation éventuelle) .....

MEP (Indiquez le type d'expertise) .....

Autres .....

SECTEUR :  1  2  DP  Non conventionné

Mode d'exercice(\*) :  Libéral  Mixte (libéral et salarié)

Forme d'exercice(\*) :  Individuel  SCM  SCP  SEL  Autre forme : .....

Nombre de salariés(\*) : ..... Nombre de confrères exerçant avec vous(\*) : .....

(\*) Dans le cadre de la représentativité patronale du SML ces éléments nous sont nécessaires.

J'ADHERE AU SYNDICAT DES MEDECINS LIBERAUX et vous adresse ma cotisation annuelle, soit :

290 € Cotisation annuelle

Par chèque **OU**  Par prélèvement (\*\*) mensuel

29 € x 10 mensualités **OU**  58 € x 5 mensualités

180 € Cotisation réduite (pour conjoint de médecin, adhérent au SML à taux plein)

Par chèque **OU**  Par prélèvement (\*\*) mensuel (36 € x 5 mensualités)

130 € ⇒  1<sup>ère</sup> année d'adhésion **OU**  1<sup>ère</sup> année d'installation (date : .....

Par chèque **OU**  Par prélèvement (\*\*) mensuel (26 € x 5 mensualités)

100 € ⇒  Cotisation retraité(e) **OU**  Cotisation retraité(e) actif/active

Par chèque **OU**  Par prélèvement (\*\*) mensuel (20 € x 5 mensualités)

20 € Interne en médecine

20 € Interne parrainé par MSU (Justificatif au nom du MSU)

Nom et Prénom de l'Interne : .....

(\*\*) Pour le prélèvement, merci de nous retourner ce bulletin d'adhésion ainsi que le Mandat de prélèvement daté et signé accompagné d'un RIB

LE SML VOUS ACCOMPAGNE ET VOUS PROPOSE DE NOMBREUX AVANTAGES

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) **SYNDICAT DES MEDECINS LIBERAUX** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du **SYNDICAT DES MEDECINS LIBERAUX**.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.  
*Veillez compléter les champs marqués \**

Votre Nom	*	.....1																													
		Nom / Prénoms du débiteur																													
Votre adresse	*	.....2																													
		Numéro et nom de la rue																													
	*						.....3																								
		Code Postal      Ville																													
	*	.....4																													
		Pays																													
Les coordonnées de votre compte	*											5																			
		Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)																													
												6																			
		Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)																													
Nom du créancier	*	<b>SYNDICAT DES MEDECINS LIBERAUX</b> .....7																													
		Nom du créancier																													
		F	R	5	2	Z	Z	Z	5	8	4	0	8	1																	8
		Identifiant créancier SEPA																													
	*	... <b>40 RUE GABRIEL CRIÉ</b> .....9																													
		Numéro et nom de la rue																													
	*	9	2	2	4	0	* <b>MALAKOFF</b> .....10																								
		Code Postal      Ville																													
	*	... <b>FRANCE</b> .....11																													
		Pays																													
Type de Paiement	*	Paiement récurrent / répétitif <input checked="" type="checkbox"/>					Paiement ponctuel <input type="checkbox"/>					12																			
Signé à	*	.....2										13																			
		Lieu																													
Signature(s)	*	*Veillez signer ici																													

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque

<b>Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif.</b>	
Code identifiant du débiteur	.....14
	Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque
Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même)	.....15
	Nom du tiers débiteur: si votre paiement concerne un accord passé entre ( <i>NOM DU CREANCIER</i> ) et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom. Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.
	.....16
	Code identifiant du tiers débiteur
	.....17
	Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers.
	.....18
	Code identifiant du tiers créancier
Contrat concerné	.....19
	Numéro d'identification du contrat
	.....20
	Description du contrat

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

<b>A retourner au :</b> <b>SML</b> <b>40 Rue Gabriel Crié 92240 MALAKOFF</b>	Zone réservée à l'usage exclusif du créancier
--	---

1. La longueur maximum pour un nom est de 70 caractères  
 2. Cette ligne a une longueur maximum de 35 caractères