BULLETIN D'ADHÉSION

Nom …… Prénom ……

Né(e) le ……

Adresse personnelle……..

Code Postal ……Ville ……..

Hôpital de ……..

Adresse ……..

Tél. Prof. …… Fax …… **E-mail** ……..…… ……..

Date de Nomination comme Titulaire ……

Spécialité ……

Fonction	☐ Responsable Pôle	☐ Chef de service	☐ Autre (préciser)
Service Hospitalier	☐ C.H.U.	☐ Centre Hospitalier	☐ PSPH ☐ CHS
Grade	☐ PU-PH	☐ Assistant HU	☐ PAC
	☐ MCU-PH	☐ PH	☐ Assistant spécialiste
	☐ PHU	☐ Praticien contractuel	☐ Assistant généraliste
	☐ Chef de Clinique	☐ Praticien attaché	☐ Autre (préciser)
Activité	☐ Temps Plein	☐ Temps Partiel	☐ TP + Act. libérale

Adhérent à un régime de Prévoyance (autre que la CARMF) ☐ NON ☐ OUI (préciser)
Préfon ☐ OUI ☐ NON ☐ Autre (préciser)
CGOS ☐ OUI ☐ NON

Montant de la Cotisation Annuelle – ANNEE 2006 -

*** Pour les PH Temps plein ou Temps partiel 140 €**
*** Pour les Attachés, Assistants, PAC 70 €**
*** Pour les PH nouveaux cotisants (tarif les deux premières années) 70 €**

(chèque à l'ordre du SNAM-HP)

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat du SNAM-HP.

Date …… **Signature**……

SNAM-HP – 15 rue Ferdinand Duval – 75004 PARIS –
Tél. 01.48.87.93.49 – Fax 01.48.87.93.62 – e-mail : SNAMHP@wanadoo.fr

Tout adhérent à jour de sa cotisation bénéficie **gracieusement** d'une Garantie en cas de décès accidentel (versement d'un capital de 8.833 euros par l'AGMF, organisme partenaire confraternel).