



79 rue de Tocqueville 75017 PARIS - Téléphone : 01 44 29 01 29 - Fax : 01 40 54 00 66  
syndicat.dermatologues@wanadoo.fr - www.syndicatdermatos.org

## Bulletin d'adhésion

**Joindre une copie de votre diplôme de dermatologie ou une feuille de soins barrée**

Nom - Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse professionnelle : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ lieu : \_\_\_\_\_

Numéro d'inscription à l'Ordre des Médecins : \_\_\_\_\_

Date d'installation : \_\_\_\_\_

Année de thèse : \_\_\_\_\_

Année de qualification : \_\_\_\_\_

Spécificités :  photothérapie UVA     photothérapie UVB     PDT  
 chirurgie     chirurgie avec plastie     phlébologie     allergologie  
 laser épilatoire     laser vasculaire     laser pigmentaire     laser ablatif     réjuvenation

Activité :  médicale     médico-chirurgicale     dermatologie esthétique

Secteur d'activité :  secteur 1     secteur 2     secteur 3

Type d'activité :  libéral     hospitalier     médecin attaché(e)     remplaçant(e)     salarié(e)

Si vous êtes inscrit(e) à un autre syndicat, merci de préciser lequel :

- Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF)
- Fédération des Médecins de France (FMF)
- Syndicat des Médecins Libéraux (SML)
- Autre syndicat :

Date :

Signature - Tampon professionnel

### **Cotisation 2018**

**250 euros**

**125 euros** (1<sup>ère</sup> année d'activité professionnelle)

**Adhésion gratuite pour les internes et les CCA**