



Bulletin d'adhésion

SFPML – 4 rue des Noyers 14440 Douvres la Délivrande
Association soumise à la loi du 1^{er} juillet 1901 et au décret du 16 août 1901

A remplir par l'adhérent (exemplaire à conserver par l'association) :

Nom : **Prénom :**

Date de naissance : / /

Titres : pédiatre médecin légiste (ML) DESC ML Capacité

Autre(s) spécialité(s):

Lieu d'exercice : Hospitalier / Libéral / PMI / Autres :

Adresse professionnelle :

.....

.....

Code postal : Ville :

Autre adresse :

.....

Code postal : Ville :

Tél :

.....

Mail :@.....

Je déclare par la présente souhaiter devenir membre de la Société Française de Pédiatrie Médico-Légale.

A ce titre, je déclare connaître l'objet de l'association, et en avoir accepté les statuts qui m'ont été communiqués. J'ai pris note des droits et des devoirs des membres de l'association et accepte de verser ma cotisation due pour l'année en cours.

Le montant de la cotisation est de 30 euros pour 2018 (10 euros pour les membres associés ou membres juniors), payable par chèque uniquement, à l'ordre de la SFPML.

Fait à, le

Signature

(Faire précéder de la mention « lu et approuvé »)