



Syndicat des Podologues d'Île de France

158 rue de Courcelles - 75017 PARIS

01.44.79.05.33 – 06.06.57.22.05

N° d'enregistrement : 5919

N° formateur : 11752444675

Affilié à la FNP, 57 rue Eugène Carrière – 75017 PARIS

BULLETIN D'ADHÉSION – ANNEE 2017



COTISATION INDIVIDUELLE 2017 : 230 € dont quote-part fédérale : 208 €
COTISATION COUPLE 2017 : 345 € dont quote-part fédérale : 312 €
COTISATION DIPLÔMÉS 2013 et 2014 : 115 € dont quote-part fédérale : 104 €
ADHÉSION GRATUITE POUR DIPLÔMÉS 2015 et 2016

Les retraités qui ont cotisés au minimum pendant les 10 dernières années peuvent demander à continuer à recevoir gratuitement la revue Le Podologue sur simple avis auprès de la FNP.

A renvoyer impérativement accompagné de votre règlement avant le 15 février 2017 à :
Syndicat des Podologues de l'Île de France (SPIF) - 158 rue de Courcelles 75017 PARIS.
Pour le règlement par prélèvement mensuel veuillez-vous adresser à
Mme FONTANIER : fontanier.marie-claire@wanadoo.fr

Je souhaite adhérer au Syndicat des Podologues de l'Île De France

Merci de remplir LISIBLEMENT en majuscules les données ci-dessous

Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance : Ecole et Date du DE :

Adresse professionnelle :

Code postal : Ville :

Tel. professionnel : Tel. portable :

Adresse mail :

Informations légales : Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à : Marie-Claire FONTANIER : fontanier.marie-claire@wanadoo.fr ou contact@podologuesidf.fr

► ancien adhérent : ► nouvel adhérent :

Soins : Oui Non	SO/OP : Oui Non	Orthonyxie Oui Non	Orthoplastie Oui Non	Soins Domicile Oui Non	Internet Oui Non
-----------------	-----------------	--------------------	----------------------	------------------------	------------------

→ souhaite recevoir des informations sur mon adresse mail : oui non

→ souhaite recevoir la revue et les publications sur mon adresse mail : oui non

► Je souhaite bénéficier de 10% de réduction sur mon contrat de **Responsabilité Civile Professionnelle et Protection Juridique** de la MASCF – Le Sou Médical en tant qu'adhérent FNP

J'atteste ne pas avoir eu connaissance de réclamations au cours des 5 dernières années susceptibles de mettre en jeu la garantie Responsabilité Civile de mon activité OUI NON

Je déclare sur l'honneur ne pas appartenir à un autre syndicat de Podologues (Obligation de n'appartenir qu'à un syndicat) selon l'article V du Titre II des statuts.

précédée de la date et de la mention « lu et approuvé »