



## APPEL A COTISATION ANNEE 2019

Cher(e) Collègue, Cher(e) Ami(e),

Comme chaque année, nous vous proposons de renouveler votre adhésion ou de rejoindre la SFP. Nous vous remercions d'envoyer votre règlement de cotisation pour l'exercice 2019 à : SFP, 29 rue d'Anjou- 75008 PARIS.

Si vous avez changé d'adresse, merci de nous le faire savoir sur papier à entête. En espérant vous compter une nouvelle année parmi nos adhérents et en vous remerciant pour votre fidèle soutien, nous vous prions d'agréer, Cher(e) Collègue, Cher(e) Ami(e), l'expression de nos salutations les plus confraternelles.

Votre Trésorier, Jean-Luc GILLET

Montant annuel de cotisation (donnant droit à un tarif réduit aux événements de la SFP) : 100 €

*Étudiant (sur présentation d'un justificatif), Retraité : 50 €*

*Membre partenaire (infirmière, orthésiste, orthopédiste, kinésithérapeute) : 50 €*

### **NOUVEAU**

**Si vous souhaitez cotiser et vous abonner à la revue : nouveaux forfaits**

**200 € (Hors France : 220 €)**

**Étudiant (sur présentation d'un justificatif), Retraité : 95 € (Hors France 115 €)**

**Membre partenaire (infirmière, orthésiste, orthopédiste, kinésithérapeute) : 95 € (Hors France 115 €)**

Je renouvelle mon inscription uniquement :



Je renouvelle mon inscription et je m'abonne à la revue :



Préciser le statut : Adhérent sans tarif spécial  Etudiant  Retraité  Partenaire

- par chèque à l'ordre de : Société Française de Phlébologie



payé le : ..... chèque N° .....

- par virement bancaire au profit du compte de la S.F.P.



RIB FRANCE : 18206 00264 36612505001 20

IBAN ETRANGER : FR76 1820 6002 6436 6125 0500 120 BIC AGRIFRPP882

- par carte bancaire (Visa – Mastercard/Eurocard – American Express) :



N° de carte : .....

Nom du détenteur : .....

Date d'expiration : .....

N° d'identification complémentaire (3 derniers chiffres au verso de la CB ou 4 pour l'AMEX) : .....

- par le biais d'un paiement en ligne via le site [www.revue-phlebologie.org](http://www.revue-phlebologie.org)



Je ne souhaite pas renouveler mon inscription



Motif : .....

Docteur : (cachet)

Signature :

**Conservez copie de cet appel qui vous servira de justificatif fiscal**

**Pour notre base de données, veuillez nous préciser svp les éléments suivants :**

Date de naissance : ...../...../..... ; Spécialité : .....

Adresse E-mail : .....@.....