2015

SFAV c/o CR2 conseil
15, rue Caumartin
75009 PARIS
FRANCE

S.F.A.V.(Société Française de l'Abord Vasculaire)
APPEL A COTISATION / ANNEE 2015

Pratique ❑ Hospitalier ❑ Libérale ❑ Mixte ❑ Autre.....

Catégorie ❑ Chef de pôle ❑ Chef de service ❑ Libéral ❑ Autre.....

Fonction Hospitalière ❑ Assistant ❑ CCA ❑ PH ❑ PU/PH ❑ Interne
❑ Autre (à préciser).....

NOM : _____ Prénom : _____

Spécialité _____

Etablissement _____

Service_____

❑ Adresse professionnelle ❑ Adresse personnelle

_____

Code Postal _____Ville _____

Tél : _____ Email : _____

Montant de la cotisation à la SFAV : 40 Euros

❑ Chèque à l'ordre de la SFAV

❑ Carte de crédit : J'autorise CR2 conseil à prélever pour la SFAV le montant de 40 Euros sur ma carte bancaire

❑ Visa ❑ Master Card ❑ American Express

Numéro de Carte |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Date de validité : |_|_| |_|_|

❑ Virement sur le compte SFAV n°00037266851 clé 32 – code banque 30003 – code guichet 03357 – Société Générale (joindre une copie de la confirmation du transfert bancaire pour identification). Frais de virement à la charge de l'adhérent.

Fait à _____le _____Signature: