



APPEL A COTISATION 2019

NOM : _____ Prénom : _____

Spécialité : _____

Etablissement : _____

Service : _____

Adresse professionnelle

Adresse personnelle

Code Postal : _____ Ville : _____ Pays : _____

Téléphone : _____

Email : _____

Hospitalier

Libéral

Montant de la cotisation : 40 €

Moyens de paiement :

Chèque à l'ordre de la SFAV

A adresser, avec l'appel à cotisation complété à CR2 conseil / SFAV – 15 Rue Caumartin 75009 Paris

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

Visa

MasterCard

American Express

Numéro de carte: _____ Date validité : _____ / _____

Fait à _____ le _____ Signature _____