



APPEL A COTISATION 2023

NOM : _____ Prénom : _____

Spécialité : _____

Etablissement : _____

Service : _____

Adresse professionnelle

Adresse personnelle

Code Postal : _____ Ville : _____ Pays : _____

Téléphone portable : _____

Email : _____

N° RPPS : _____

Hospitalier

Libéral

Montant de la cotisation : 60 €

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 60 Euros sur ma carte bancaire

Visa

MasterCard

American Express

Numéro de carte : _____ Date validité : _____ / _____

Virement bancaire (frais bancaire à votre charge) :

IBAN: FR76 30003 021 30 00050150556 94 - BIC: SOGEFRPP

Fait à _____ le _____ Signature _____