

## LE SNMHF, VOTRE SYNDICAT, PLUS QUE JAMAIS PRÉSENT DANS L'ACTION :

- + Être à vos côtés et vous défendre, puisque les attaques contre les médecins homéopathes sont en augmentation constante : contentieux avec les CPAM (tact et mesure, protocoles de soins, etc.) litiges en lien direct avec votre exercice de médecin homéopathe ;
- + Préserver les intérêts des médecins homéopathes et la place de l'homéopathie tant au niveau national qu'au niveau européen ;
- + Vous informer des évolutions réglementaires.

## LE SNMHF VOUS APPORTE SON SOUTIEN, IL A BESOIN DU VÔTRE !

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Mobile : ..... Secteur d'activité : I  II  III

**E-mail** : .....

### POUR PAYER VOTRE COTISATION 2016 :

Optez pour la simplicité : règlement par 3 prélèvements automatiques de 80 € (Avril, Juillet et Octobre). **N'oubliez pas de joindre un RIB. Merci de signaler tout changement de coordonnées bancaires ou de situation professionnelle (retraite, etc.) le cas échéant. Si vous avez déjà opté pour le prélèvement, merci de nous informer par courrier si vous souhaitez le supprimer.**

Ou adressez un chèque d'un montant de 240 € à l'ordre du SNMHF  
Médecin retraité : 120 €

*Merci de préciser votre choix éventuel pour adhérer transversalement à une centrale syndicale représentative :*

SML

CSMF

Autre (précisez) : .....



**Docteur Marielle MARRON**  
Trésorière



**Docteur Anne-Sophie DONADA**  
Trésorière adjointe

### Coupon à remplir, détacher et conserver à titre de justificatif fiscal

Le docteur.....  
a réglé la somme de ..... euros au SNMHF (cotisation 2016) le.....  
- par prélèvements automatiques (banque ..... compte n° .....)  
- par chèque bancaire ou postal (banque..... n° du chèque .....)

*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 au SNMHF.*