



UNION SYNDICALE DES MEDECINS DE CENTRES DE SANTE

PARTIE A RETOURNER AVEC VOTRE CHEQUE

A adresser à l'USMCS - 65/67 rue d'Amsterdam 75008 PARIS - CCP PARIS 20 765 36 K

COTISATION 2019 (A remplir en majuscules)

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

MAIL : TEL :

SPECIALITE :

Préférence ENVOI pour toute information et courrier de l'USMCS : Mail Courrier

ADRESSE PROFESSIONNELLES

Nom du Centre de Santé	Type de Centre	Adresse - Téléphone - Mail
1.	Minicipal <input type="checkbox"/>	
	Associatif <input type="checkbox"/>	
	Mutualiste <input type="checkbox"/>	
	Autre <input type="checkbox"/>	
2.	Minicipal <input type="checkbox"/>	
	Associatif <input type="checkbox"/>	
	Mutualiste <input type="checkbox"/>	
	Autre <input type="checkbox"/>	

Temps de travail	Renouvellement adhésion	Nouvelle adhésion
Temps plein <input type="checkbox"/>	250 €	125 €
Mi-Temps 20-30h <input type="checkbox"/>	180 €	90 €
Mi-Temps 10-20h <input type="checkbox"/>	140 €	70 €
Temps Partiel <input type="checkbox"/>	100 €	50 €
Retraité <input type="checkbox"/>	70 €	
Remplaçant <input type="checkbox"/>	30 €	

Nouvelle adhésion

Renouvellement

Je verse aujourd'hui la somme de :



Signature :