



COTISATION MEMBRE SFLM 2018

Pour une 1^{ère} inscription, merci de remplir complètement cette fiche à retourner à l'adresse ci dessous

Nom:

Prénom:

Fonction:

Spécialité:

Adresse Professionnelle Personnelle

Code postalVille.....Pays.....

Téléphone..... Facsimile.....Portable.....

Mél :

Toutes les communications de la SFLM sont effectuées par email. Si votre adresse email change, pensez à nous le faire savoir, ou à la mettre à jour vous-même dans votre fiche membre en cliquant sur "mon compte", situé à gauche sur chaque page du site SFLM.ORG.

En 2018, le montant de la cotisation « membre » est de **120** Euros.

Règlement :

Chèque à l'ordre de la **Société Francophone des Lasers Médicaux**

Virement bancaire (préciser votre nom lors du transfert)

références bancaires compte SFLM

Caisse d'Épargne, 22, rue de Londres, 59420 MOUVAUX

Domiciliation		CE NORD FRANCE EUROPE	
Banque	Agence	Numéro de Compte	Clé
16275	00950	08104384453	78
IBAN : FR76 1627 5009 5008 1043 8445 378			
BIC : CEPFRPP627			

Bon de commande ci-joint à l'ordre de la **Société Francophone des Lasers Médicaux**

ATTENTION, si vous ne renouvelez pas votre cotisation d'ici au 25 mars 2018, les codes vous permettant l'accès à la section « membre » seront inactivés.