



**Syndicat des Médecins de la Martinique**  
**Affilié à la CSMF**  
**Domus Medica - 80 rue de la République**  
**97200 FORT DE FRANCE**  
**Tel 0596 63 27 01- Fax 0596 60 58 00**

# BULLETIN D'ADHESION

---

## 1. ETAT CIVIL

NOM ..... PRENOM .....

ANNEE DE NAISSANCE .....

---

## 2. MODE D'EXERCICE

- a) *Libéral* : GENERALISTE  SPECIALISTE  Discipline .....
- b) *Hospitalier* : Discipline .....
- TEMPS PLEIN  TEMPS PARTIEL  Avec Exercice Libéral  ASSISTANT / CCA
- c) *Jeune médecin* : INTERNE  REMPLACANT  INSTALLE de moins d'un an
- d) *Retraité*

---

## 3. ADRESSE PROFESSIONNELLE

.....

.....

CP : ..... VILLE .....

Tel ..... Mobile..... Fax .....

Email .....

---

Je soussigné (e) ..... déclare vouloir adhérer au Syndicat des Médecins de la Martinique.

Je m'engage sur l'honneur à respecter les statuts et les décisions de l'assemblée générale.

Je m'engage à payer ma cotisation dès que l'appel sera effectif.

A ....., le .....

Signature

Cachet