

Bulletin d'Adhésion 2020

Coupon-réponse – Membres



★ Afin de mettre à jour nos fichiers, nous vous prions de bien vouloir nous retourner ce bulletin complété et accompagné du chèque de cotisation à l'adresse suivante :

Médecins de Montagne, Maison des Parcs et de la Montagne, 256 rue de la République, 73000 Chambéry.
Sur simple demande, envoi du RIB pour règlement par virement

« Médecins de Montagne » s'engage à :

- Améliorer la qualité des soins en montagne
- Défendre la spécificité de l'exercice en montagne
- Faciliter les rapports entre les praticiens très éloignés géographiquement
- Favoriser l'installation des médecins généralistes
- Connaître et promouvoir la médecine de montagne et l'activité des MdeM

« Médecins de Montagne » vous demande de :

- Vous former à la spécificité de l'exercice de la médecine en montagne (traumatologie, radiologie, urgences...);
- Ne pas utiliser votre statut de membre à titre individuel, sans en informer le conseil d'administration de l'association
- Réaliser des clichés radiologiques de qualité ;
- D'appliquer des honoraires en rapport avec les prestations fournies ;
- De vous comporter avec correction auprès de vos patients.

Tarifs adhésion 2020 à Médecins de Montagne

1^{ère} adhésion : **65€**

Conditions : pour les associations, quelles qu'elles soient, la cotisation est due pour l'ensemble des membres, sinon elle ne peut bénéficier des services de la centrale d'achats.

1 médecin : 130 €

2 médecins : 240 €

3 médecins : 360 €

4 médecins : 480 €

Puis 120€ par médecin supplémentaire

Pour l'année 2020, je souhaite être **membre** de l'association. Il s'agit :

d'un renouvellement

d'une 1^{ère} adhésion (65€) → Date de naissance : ___ / ___ / _____

Je joins un chèque, libellé à l'ordre de Médecins de Montagne, d'un montant de : _____ €

Dr	Nom – Prénom	Mail	Installé Collaborateur	Remplaçant ou adjoint temporaire
Dr	_____	_____@_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dr	_____	_____@_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dr	_____	_____@_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dr	_____	_____@_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dr	_____	_____@_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Adresse cabinet : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

N° de tél. : _____ - _____ - _____ - _____ - _____ Adresse mail secrétariat : _____@_____

Vos remarques : _____

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 à Médecins de Montagne –

Vos coordonnées ne seront pas transmises pour des démarchages à des partenaires commerciaux. Cependant, les partenaires membres de la centrale d'achat reçoivent vos noms et adresses pour vous faire bénéficier des tarifs préférentiels. Toutefois, si vous ne souhaitez pas que nous transmettions ces données, cochez la case ci-contre :