



ADHESION MEDECIN/PROFESSIONNEL BIENFAITEUR A LA FEDERATION FRANÇAISE CONTRE LES MALADIES VECTORIELLES A TIQUES (FFMVT)

ADHESION **RENOUVELLEMENT** Votre N°

Mme/Mr **Prénom** : **Nom** :

Profession (professionnels titulaires d'une thèse, selon l'article 12 des statuts) :

Précisez votre n° RPPS ou titre, n° de votre thèse :

- Médecin Biologiste Autre (précisez) :.....
 Pharmacien Vétérinaire

Adresse:

Code postal : **Ville** :

Pays :

Téléphone fixe : **Portable** :

Courriel : @.....

(Coordonnées où le bureau peut vous joindre facilement ou rapidement, votre numéro de téléphone est important)

**J'adhère / renouvelle à la FFMVT en tant que membre médecin/professionnel bienfaiteur .
Je déclare accepter les statuts de la F.F.M.V.T**

Je joins ma cotisation annuelle par chèque d'un montant de 100 € à l'ordre de FFMVT

Je préfère régler ma cotisation par virement bancaire à la FFMVT

IBAN : FR7610278023600002009310159

BIC : CMCIFR2A

Cette cotisation ne donne pas droit à réduction d'impôt et est valable jusqu'au **31 décembre** de l'année en cours.

Conformément à l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous avez un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent, ainsi que vos préférences de confidentialité.

Ce bulletin d'adhésion dûment complété est à envoyer accompagné du chèque de cotisation à l'adresse suivante :

**FFMVT
Le Rastel
81190 Sainte Gemme**

Signature :