



**BULLETIN D'ADHESION A LA FEDERATION
FRANÇAISE CONTRE LES
MALADIES VECTORIELLES A TIQUES (F.F.M.V.T)**

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 F.F.M.V.T en tant que membre actif et je rejoins le collège des professionnels.
Je déclare accepter les statuts et le règlement intérieur de la F.F.M.V.T**

- Je joins ma cotisation annuelle par chèque d'un montant de 40 € à l'ordre de FFMVT**
 Je préfère régler ma cotisation par virement bancaire à la FFMVT :

IBAN : FR76 1027 8023 6000 0200 9310 159 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 :

**Centre Hospitalier Lannemezan
Docteur GHOZZI Raouf
644, route de Toulouse
65308 Lannemezan**

Signature :