



Syndicat des Orthoptistes de France

BULLETIN D'ADHESION

J'adhère et Je soutiens le SOF pour la Défense de ma Profession!
cette cotisation est déductible fiscalement pour les salariés et libéraux

Bulletin à remplir et règlement, par chèque à l'ordre du SOF. A envoyer à :
Mélania MARCATO secrétaire ; 14 boulevard Carnot 81100 CASTRES

Joindre la photocopie du diplôme ou une feuille de soins barrée pour toute 1^{ère} inscription

Nom marital _____ Nom de jeune fille _____

Prénom _____

Adresse professionnelle1 _____

Adresse professionnelle2 _____

Adresse personnelle _____

Tél. _____ Mode d'exercice : salarié/libéral/mixte

Email _____

Année et lieu d'obtention du diplôme _____

Cotisations 2017

Cotisation de base	160€	Cotisation de soutien	190€
Cotisation réduite orthoptiste à temps partiel *, 1 ^{ère} installation*, retraité*	90€	Cotisation Etudiant*	30€

*Joindre justificatif : diplôme, 1^{ère} installation, carte étudiant ...

Mémo comptable à remplir

Montant :

Chèque n° :

Signature :

Date :

Banque :