



**TARIFS 2018 DE LA COTISATION À LA SFP
ET DE L'ABONNEMENT À LA REVUE** 
Conservez copie de cet appel qui vous servira de justificatif fiscal

Cher(e) Collègue, Cher(e) Ami(e),

Comme chaque année, nous vous proposons de renouveler votre adhésion ou de rejoindre la SFP. Nous vous remercions d'envoyer votre règlement de cotisation pour l'exercice 2018 à : **SFP, 29 rue d'Anjou- 75008 PARIS.**

Si vous avez changé d'adresse, merci de nous le faire savoir sur papier à entête. En espérant vous compter une nouvelle année parmi nos adhérents et en vous remerciant pour votre fidèle soutien, nous vous prions d'agréer, Cher(e) Collègue, Cher(e) Ami(e), l'expression de nos salutations les plus confraternelles.

Votre Trésorier, Jean-Luc GILLET

NOUVEAU : Vous avez la possibilité de cotiser à la SFP et de vous abonner à la Revue Phlébologie-Annales Vasculaires

Montant annuel : **200 €**

(220 € hors France)

Montant Étudiant, Retraité, Membre partenaire : **95 €**

(115 € hors France)

Montant annuel de cotisation à la SFP sans vous abonner à la revue : **100 €**

(Donne droit à un tarif réduit pour participer aux événements de la SFP)

Montant de l'abonnement à la Revue Phlébologie-Annales Vasculaires : **120 € (ou 140 € hors France)**

Étudiant sur présentation d'un justificatif, Retraité, Membre partenaire (infirmière, orthésiste, orthopédiste, kinésithérapeute) : **50 €**

Je renouvelle mon inscription :

Cotisation et abonnement

Cotisation simple

par chèque à l'ordre de : **Société Française de Phlébologie**

payé le : _____ chèque N° _____

par virement bancaire au profit du compte de la **S.F.P.**

RIB FRANCE : 18206 00264 36612505001 20

IBAN ETRANGER : FR76 1820 6002 6436 6125 0500 120 BIC AGRIFRPP882

par carte bancaire (Visa – Mastercard/Eurocard – American Express) :

N° de carte : _____

Nom du détenteur : _____

Date d'expiration : _____

N° d'identification complémentaire (3 derniers chiffres au verso de la CB ou 4 pour l'AMEX) : _____

par le biais d'un paiement en ligne via le site www.revue-phlebologie.org

Je ne souhaite pas renouveler mon inscription _____

Motif : _____

Docteur : (cachet)

Signature :

Pour notre base de données, veuillez nous préciser svp les éléments suivants :

Date de naissance : _____ / _____ / _____ ; Spécialité : _____

Adresse email : _____ @ _____