

## FICHE DE COTISATION 2024 INSCRIPTION COLLECTIVE DE LA STRUCTURE JURIDIQUE

Nom de la structure : .....  SCP  SEL  NOM PROPRE  Autres

Adresse du siège social : .....

Tél : ..... Email : .....

Cotisation de base liée à la structure juridique :		<b>930 €</b>
Cotisation liée au nombre total de sites de la structure :	Nbre de sites ..... x <b>70 €</b> <i>(plafonné à 40 sites)</i>	..... €
Cotisation liée au nombre total de biologistes adhérents dans la structure	Nbre de biologistes ..... x <b>140 € :</b>	..... €
Montant total de la cotisation à régler :		..... €

**1° Biologiste Médical (Médecin ou Pharmacien)**  associé  non associé |  statut libéral  statut salarié

Nom : Prénom : email : ..... @ .....

**2° Biologiste Médical (Médecin ou Pharmacien)**  associé  non associé |  statut libéral  statut salarié

Nom : Prénom : email : ..... @ .....

**3° Biologiste Médical (Médecin ou Pharmacien)**  associé  non associé |  statut libéral  statut salarié

Nom : Prénom : email : ..... @ .....

**4° Biologiste Médical (Médecin ou Pharmacien)**  associé  non associé |  statut libéral  statut salarié

Nom : Prénom : email : ..... @ .....

**5° Biologiste Médical (Médecin ou Pharmacien)**  associé  non associé |  statut libéral  statut salarié

Nom : Prénom : email : ..... @ .....

*(Au-delà du 5ème biologiste, photocopier cette fiche de cotisation ou télécharger le bon électronique sur le site du smbio.com)*

**IMPORTANT :** Nous vous rappelons que les cotisations syndicales sont des charges déductibles de votre chiffre d'affaires.  
*Faites adhérer au syndicat tous les biologistes médicaux de votre structure*

### INSCRIPTION INDIVIDUELLE

**Biologiste Médical non installé ou remplaçant**.....  300 €

Nom : Prénom : tél. : email :

Adresse :

**Biologiste Médical hospitalier exclusif**.....  200 €

Nom : Prénom : tél. : email :

Adresse :

**Biologiste Retraité**.....  120 €

Nom : Prénom : tél. : email :

Adresse :

**Interne**.....  50 €

Nom : Prénom : tél. : email :

Adresse :