



Les renseignements demandés en rouge sont utiles au SNOF pour mieux comprendre votre exercice et vous défendre.

Merci d'y répondre et de bien vérifier les informations vous concernant.

Ces données resteront confidentielles.

Adresse annuaire papier et site du SNOF :

Pr/Dr
Prénom
NOM
Adresse 1
Adresse 2
Adresse 3
Adresse 4
CP VILLE.....

Date de naissance :/...../.....

Sexe : F M

Je cotise par ailleurs en 2018 pour : CSMF SML FMF BLOC et suis inscrit auprès de la SFOALC

Email et téléphone du cabinet

Tél (peut-être diffusé sur l'annuaire en ligne du SNOF) : Email :@.....

Email et téléphone du Docteur

Mobile : Email :@.....

► **Je déclare être médecin ophtalmologiste** **exercer en France** **être interne** **exercer à l'étranger**

Date de la thèse :/...../..... Date CES/DES :/...../..... ou Qualifié à la commission du

J'exerce en activité Libérale Salariée ou les 2

Secteur 1 Secteur 2 Secteur 3 Sur-spécialités :

Type de structure : SEL SCM SCP SISA Nom :

Dans votre structure : Nombre d'ophtalmologistes : **Avez-vous une (des) secrétaires présentes ?** oui non

Si consultation aidée : Nombre d'orthoptistes : salariés : libéraux : **Nombre d'infirmières** :

Nombre d'opticiens : **Autres : préciser métier** : **et nombre** :

Si activité salariée : Activité hospitalière Autre

Temps plein Temps partiel Attaché Secteur privé

Etablissement :

Adresse :

Code postal : Ville :

N° de tel service ophtalmologie :

Je demande à adhérer au SNOF et règle ma cotisation pour l'année 2018.

Je l'envoie dans l'enveloppe jointe, sans agraffer le chèque, au :

Secrétariat Administratif du SNOF
CS 40028

67080 STRASBOURG CEDEX

avant le 16 février 2018

Je bénéficierai de l'aide des Commissions du SNOF, des informations et alertes syndicales par email, ainsi que de l'abonnement à la Revue de l'Ophtalmologie Française, et des Services du SNOF.

Une attestation de paiement pour le montant réglé vous sera adressée par le Trésorier du SNOF.

La cotisation est entièrement déductible au titre des frais professionnels.

Cachet / Date et signature

Cotisation d'adhésion de soutien à partir de 400 € comprenant :

- Cotisation au SNOF : 358 €
- Abonnement à la *Revue de l'Ophtalmologie Française* : 42 €

Cotisation de base 330 € comprenant :

- Cotisation au SNOF : 288 €
- Abonnement à la *Revue de l'Ophtalmologie Française* : 42 €

Cotisation réduite 165 € (sur justificatif) comprenant :

- Cotisation au SNOF : 123 €
- Abonnement à la *Revue de l'Ophtalmologie Française* : 42 €
- 1^{ère} année d'installation chefs de clinique
- retraités en cumul activité libérale ou salariée
- membres correspondants (à l'étranger) salariés exclusifs

Cotisation Interne : 50 € (sur justificatif)

- Abonnement à la *Revue de l'Ophtalmologie Française* : 42 € inclus

Questionnaire 2018

1 Envisagez-vous de signer un contrat de coopération pour les soins visuels ? OUI NON Ne sais pas ce que c'est

2 Avez-vous déjà reçu en stage, en milieu libéral, un interne en ophtalmologie ? OUI NON

3 Avez-vous déjà effectué les démarches pour recevoir un interne ? OUI NON J'aimerais, mais je ne sais pas comment faire

Vos coordonnées pourront être cédées à des partenaires commerciaux (laboratoires, associations). Si vous ne le souhaitez pas, veuillez cocher la case ci-contre