



XXXXXXXXXX

Votre code unique pour régler votre cotisation sur
<https://www.snof.org>

Légende des couleurs :

Ces informations seront
conservées par le SNOF
et ne seront pas diffusées.

Ces informations seront
utilisées pour l'annuaire
papier et l'annuaire en ligne.

Je ne renouvelle pas mon adhésion :

Je cesse mon activité
d'ophtalmologiste

Autre

Date de naissance : / /

Sexe : F M

Adresse : Activité principale
 Privée

Pr/Dr

NOM

Prénom

Adresse 1

Ligne 2

Ligne 3

Ligne 4

CP VILLE.....

Je souhaite qu'une partie de ma cotisation (5%) soit reversé au syndicat représentatif de la Convention Médicale suivant :

CSMF Avenir-Spé SML FMF BLOC UFML-S Aucun et suis inscrit auprès de la SFOALC

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

J'exerce en activité Libérale Salariée ou les 2

Secteur 1 Secteur 2 Secteur 0 OPTAM Sur-spécialités :

Activité libérale :

Email et téléphone du cabinet

Tél : Email 1 : @

LIBÉRAL

Email (pour réception des e-mailings internes au SNOF) et téléphone direct du Docteur

Mobile : Email 2 : @

Type de structure : SEL SCM SCP SISA Nom :

Dans votre structure : Nombre d'ophtalmologistes : Avez-vous un secrétariat sur place ? oui non

Avez-vous un système de prise de rendez-vous en ligne ? oui non Nombre d'orthoptistes : salariés libéraux :

Nombre d'infirmières : Nombre d'opticiens : Nombre d'assistants médicaux autres :

et/ou

Activité salariée : **Activité hospitalière** **Centre de santé** **Centre (ou pôle) d'ophtalmologie**

Autre précisez Établissement :

Temps plein Temps partiel Attaché Secteur privé

SALARIÉ

Adresse :

Code postal : Ville :

N° de tel service ophtalmologie :

Je donne mon autorisation au traitement de mes données professionnelles par le SNOF telles que précisées sur le site du SNOF :
Espace Ophtalmo/le SNOF/ RGPD, ou dans l'Annuaire de l'Ophtalmologie Française page 12.

Cotisation d'adhésion de soutien à partir de 400 € comprenant : **Cotisation réduite 175 €** (sur justificatif) comprenant :
• Cotisation au SNOF : 358 € • Cotisation au SNOF : 133 €
• Abonnement à la Revue de l'Ophtalmologie Française : 42 € • Abonnement à la Revue de l'Ophtalmologie Française : 42 €

Cotisation de base 350 € comprenant :
• Cotisation au SNOF : 308 €
• Abonnement à la Revue de l'Ophtalmologie Française : 42 €

► 1^{ère} année d'installation chef de clinique
retraité en cumul activité libérale ou salariée
membre correspondant (à l'étranger) salarié exclusif

Cotisation Interne : 50 € (sur justificatif)
• Abonnement à la Revue de l'Ophtalmologie Française : 42 € offert

Je demande à adhérer au SNOF et règle ma cotisation pour l'année 2022

et l'envoi dans l'enveloppe jointe, sans agraffer le chèque, au :

Secrétariat Administratif du SNOF
CS 40028 - 67080 STRASBOURG CEDEX
avant le 25 février 2022

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

Questionnaire 2022

- En dehors de votre cabinet principal, avez-vous un 2ème ou 3ème site d'intervention (consultations, examens complémentaires, intervention laser ou chirurgie) ?
Clinique : OUI NON Hôpital : OUI NON Plateau technique hors établissement de santé : OUI NON
Cabinet secondaire : OUI NON Centre de santé : OUI NON Maison de santé pluridisciplinaire : OUI NON
- Si les conditions étaient favorables (aides, démarches simples, remplaçant sur site principal, protocole...), seriez-vous intéressé pour ouvrir :
Un cabinet secondaire ? OUI NON Reprendre un cabinet existant sans successeur pour en faire un cabinet secondaire ? OUI NON