SFPEADA

VOTRE AFFILIATION POUR L'ANNEE 2018

Voir aussi directement sur www.sfpeada.fr

① ►► PRECISEZ ATTENTIVEMENT VOTRE :

Nom..... .....Prénom.....
Adresse .....
.....
Mail personnel .....
Mail professionnel .....
Tél : Prof^nel _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ Port^able _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

② ►► CALCULEZ LE MONTANT DE :

► VOTRE COTISATION EN TANT QUE →		Reportez votre tarif →
Membre médecin	100,00 €	
Membre des professions associées	50,00 €	
Membre médecin nouvellement affilié en **2017**	50,00 €	
Membre des professions associées nouvellement affilié en **2017**	25,00 €	
Couple (ouvrant droit à un seul service de la revue pour deux)	150,00 €	
Membre honoraire ou retraité	40,00 €	
► VOTRE ABONNEMENT à la *''Revue de Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence''*		**Reportez votre tarif →**
France	125,00 €	
Union Européenne	137,00 €	
Hors Union Européenne	157,00 €	
► VOTRE ABONNEMENT à la revue *''Pour la recherche''*		**Reportez votre tarif →**
France	20,00 €	
Etranger	25,00 €	
TOTAL **additionnez →**		**_ _ _ ,00 €**

③ ►► VOTRE PAIEMENT à l'ordre de SFPEADA - 47 Bd de l'Hôpital-GH Pitié Salpétrière-75013 PARIS

La Banque Postale – Centre Financier – 75900 PARIS CEDEX 15 - FRANCE
CCP N° 10 710 45 K 020 - IBAN: FR24 2004-1000-0110-7104-5K02-030 - BIC: PSSTFRPPPAR

► VIREMENT ou MANDAT INTERNATIONAL

► VIREMENT ELECTRONIQUE sur www.sfpeada.fr;

► CHEQUE BANCAIRE OU POSTAL
Envoi postal à l'intention du Docteur Bruno RIST, Trésorier,
Secrétariat de la SFPEADA – S^ice du P^r David COHEN
GH Pitié Salpétrière – 47/83 Bd de l'Hôpital – 75013 PARIS

④ ►► ADRESSEZ NOUS → par e-mail sur sfpeada@gmail.com; ↔ ou par courrier à notre secrétariat

a → la copie de ce tableau complété, daté, signé & *b* → la copie de votre ordre de virement ou de votre chèque

⑤ ►► AVANT LE… **31 mai 2017** MERCI !

Fait à *le* *Signature*