

## APPEL A COTISATION - ANNEE 2018

Cocher la case correspondante

**MEMBRE INDIVIDUEL**

Nom : ..... Prénom : .....

Profession : .....

Statut : LIBERAL  HOSPITALIER  AUTRE  Précisez : .....

Lieu d'exercice : .....

Adresse de contact : .....

CP/Ville : .....

Téléphone : .....

Email (obligatoire) : .....

**MEMBRE COLLECTIF**

Nom de la structure : .....

Représenté par :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse de la structure : .....

CP /VILLE : .....

Téléphone : .....

Email (obligatoire) : .....

Cachet

Montant de la cotisation : **15,00 Euros / membre**

Règlement par chèque à l'ordre de l'**AFCET** et à adresser au : 1 rue François Charrière – 25000 BESANCON. Un reçu vous sera adressé par retour.  
La cotisation est valable pour l'année civile, soit du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre de l'année en cours.