



## APPEL À COTISATION 2024 – CoMET-BFC

Montant de la cotisation : **15 €**

Règlement par virement ou chèque à l'ordre de la CoMET-BFC. 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.

*Cocher la case correspondante*

**MEMBRE INDIVIDUEL**

Nom : ..... Prénom : .....

Profession : .....

Statut : LIBÉRAL       HOSPITALIER       AUTRE  Précisez : .....

Lieu d'exercice : .....

Adresse de contact : .....

CP/Ville : .....

Téléphone : .....

Email (**obligatoire**) : .....

**MEMBRE COLLECTIF**

Nom de la structure :

Représentée par :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse de la structure : .....

CP /VILLE : .....

Téléphone : .....

Email (**obligatoire**) : .....

FAIT LE ...../...../.....

À .....

<b>Cachet</b>
---------------