



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

XXXXXXXX

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.

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

Sexe : F M

Je suis aussi adhérent en 2020 à : CSMF SML FMF BLOC 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 3 Sur-spécialités :

Activité libérale :

Email et téléphone du cabinet, (pour annuaire papier et site du SNOF)

Tél : Email 1 : @

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 :

Activité salariée : hospitalière Centre de santé Autre

Temps plein Temps partiel Attaché

Etablissement :

Adresse:

Code postal : Ville:

N° de tel service ophtalmologie:

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

Mobile : Email 2 : @

Je donne mon autorisation au traitement de mes données professionnelles par le SNOF pour l'ensemble des conditions énoncées ci-dessous

J'accepte que mes coordonnées soient transmises à OPH-Communication pour recevoir les ouvrages du SNOF : ROF, Vademecum et Annuaire.

J'accepte les communications du SNOF via mon adresse e-mail : du cabinet (email 1) - personnel (email 2)

J'accepte de recevoir les propositions commerciales des «Services du SNOF» par OPH-Communication.

J'accepte que les coordonnées de mon (de mes) cabinet(s) soient transmises à OPH-Communication pour figurer dans l'Annuaire de l'Ophtalmologie Française.

J'accepte que les coordonnées de mon (de mes) cabinet(s) figurent sur l'annuaire en ligne du SNOF <http://www.snof.org> (avec n° de tel + email du cabinet)

J'ai pris connaissance de l'envoi de mes coordonnées aux centrales syndicales dont je me déclare adhérent.

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 340 € comprenant :

- Cotisation au SNOF : 298 €
- Abonnement à la *Revue de l'Ophtalmologie Française* : 42 €

Cotisation réduite 170 € (sur justificatif) comprenant :

- Cotisation au SNOF : 128 €
- Abonnement à la *Revue de l'Ophtalmologie Française* : 42 €

1^{ere} année d'installation **Chef de clinique**

Retraité en cumul activité libérale ou salariée

Salarié exclusif **Membre correspondant (à l'étranger)**

Cotisation Interne : 50 € (sur justificatif)

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

Je règle ma cotisation pour l'année 2020.

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

Secrétariat Administratif du SNOF

CS 40028

67080 STRASBOURG CEDEX

avant le 21 février 2020

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 2020

1 Etes-vous intéressé par la mise en place d'une formation « Ophtalmologie » pour vos assistants-médicaux et infirmiers ? OUI NON

2 Le SNOF doit-il pousser la création d'une consultation majorée d'ophtalmologie sur le modèle de la consultation de cardiologie ? OUI NON Ne sait pas

3 Etes-vous favorable à la création d'un syndicat représentant l'ensemble des spécialités auprès des tutelles en dehors des syndicats horizontaux existants, dans lequel chaque spécialité aura une reconnaissance pleine et entière (sans faire disparaître les syndicats de spécialité comme le SNOF) ? OUI NON Ne sait pas