

# Appel de cotisation 2024

## Conseil d'administration

*Président*  
Jean-François Cuzin

*Vice-Présidents*  
Robert Garcia  
Stéphanie Reveret

*Secrétaire générale*  
Lisa Truong Tan Trung

*Secrétaire adjointe*  
Mireille Guibert


*Trésorière*  
Soizic Bouchand

*Membres*  
Laurence Bouaziz  
Florence Pham

*J'adresse ma cotisation à*  
**SODF**  
**BP 16**  
**31530 Levignac**

[sodf.secretariat@orange.fr](mailto:sodf.secretariat@orange.fr)

 06 44 10 45 56

Docteur .....	Spécialiste qualifié(e)
Adresse pro .....	
Mail .....	@.....
 .....	

Pour la représentativité dans les commissions, nous avons besoin de connaître votre effectif salarial y compris le personnel d'entretien :

➔ Nombre de salariés employés à titre individuel .....

N° SIRET individuel (14 chiffres) .....

➔ Salariés employés au titre d'une société

Nom de la SCM .....

N° SIRET (14 chiffres) ..... Nombre .....

Nom de la SELARL ou SELAS .....

N° SIRET (14 chiffres) ..... Nombre .....

- Cotisation SODF : 750 €
- Universitaires temps plein : 305 €
- Médecin ODMF : 610 €
- Retraité(e) : 140 €
- Interne (DES-ODF) avec Justificatif : 1 €

Cachet professionnel

Paiement par :

- Prélèvement annuel récurrent. Envoyez votre bulletin par mail et un Rib, un mandat de prélèvement vous sera transmis
- Virement (merci de préciser le nom du praticien)  
**IBAN : FR76 3000 4027 7600 0100 6374 057 BIC : BNPAFRPPXXX**
- Chèque (adresse postale en bas à gauche)