

NOM : ..... PRENOM : .....  
(en lettres capitales)

Nationalité : ..... Date de naissance : .....

Adresse ( pour l'envoi de toute correspondance et des publications SFO) :

.....  
.....

Code postal : ..... Ville : ..... Pays : .....

Fax : ..... E-mail : .....

### ADHERENT

**Membre Senior** (médecin) ..... 350 Euros

Ophthalmologiste

Autre spécialité  (à spécifier) .....

**Membre Junior** (tarif réduit accordé aux étudiants) ..... 200 Euros

- **FRANCE** : internes en DES, DIS, AFS, AFSA (les DU ne sont pas acceptés), avoir moins de 35 ans

\*sur justificatif de la **carte universitaire française** et d'une **attestation du Directeur de stage**)

- **ETRANGER** : internes des hôpitaux , avoir moins de 35 ans

\***carte d'étudiant** et **attestation de la faculté de médecine**

### REGLEMENT

*Votre adhésion ne pourra être effective qu'à réception de votre règlement par chèque bancaire ou postal payable en France à l'ordre de la SOCIETE FRANCAISE D'OPHTALMOLOGIE, ou par carte bancaire Visa, Mastercard ou Eurocard en mentionnant le nom du titulaire, le numéro de la carte et la date d'expiration avec signature. Vous trouverez le coupon de règlement à remplir et à nous retourner sur l'Appel de cotisation.*

### PARRAINAGE

Conformément aux statuts, chaque adhérent doit être présenté par 2 parrains déjà membres de la SFO.

Nom du parrain : ..... Nom du parrain : .....

Signature:

Signature:

Je soussigné, sollicite mon admission à la Société Française d'Ophtalmologie

Date : ..... Signature : .

Réservé à la SFO

*Tout dossier incomplet  
ne pourra être pris en considération*

Adhésion reçue le :

N° d'adhérent SFO :

Mode de règlement :

Enregistré le :