



SYNDICAT DE  
MÉDECINE MANUELLE - OSTÉOPATHIE  
DE FRANCE  
( S M M O F )

# Demande d'adhésion pour les médecins\*

A retourner à :

Dr François DASQUE

Polyclinique de l'ormeau  
28 Bd du 8 mai 1945  
65000 TARBES

1 / VOTRE NOM : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse Professionnelle : .....

Code postal : ..... Ville : ..... Tél. prof. : ..... Fax : .....

Adresse Internet E-mail : .....

2 / ACTIVITÉ :  Rhumato  MPR  Médecine générale  Médecine du Sport  Acupuncture

Crânien  Posturologie  Autres, lesquelles ? .....

3 / FORMATION EN MÉDECINE MANUELLE :

- Formation Universitaire :  D.I.U. Faculté : ..... Année : .....

- Formation non universitaire : Formation N°1 : ..... Date : de 19..... à 19.....

Formation N°1 : ..... Date : de 19..... à 19.....

4 / ÊTES-VOUS ENSEIGNANT OU MONITEUR DE MÉDECINE MANUELLE :

- A la Faculté de : .....

- En école privée : .....

5 / VOTRE SECTEUR CONVENTIONNEL :  Secteur I  I + DP  II ou Hors Convention

6 / ÊTES-VOUS SYNDIQUÉ par ailleurs ?  CSMF  SML  MGFr  FMF  Aucun

7 / ÊTES-VOUS ADHÉRENT À UNE SOCIÉTÉ SAVANTE DE MÉDECINE MANUELLE-OSTÉOPATHIE ?

SFO  SOFMMOO  Si autre, laquelle ? .....

En adhérant au SMMOF, je m'engage à respecter les statuts et le règlement intérieur du SMMOF.

Date et signature :

Votre cachet professionnel

Cachet et Signature du 1<sup>er</sup> parrain

Ces parrainages sont inutiles pour les titulaires d'un D.I.U.

**\* N'oubliez pas de joindre un chèque de 180 euros pour cotisation (pour les nouveaux adhérents : 60 euros la 1<sup>re</sup> année, 120 euros la 2<sup>e</sup> année et 180 euros à partir de la 3<sup>e</sup> année) à l'ordre du SMMOF + 1 photo d'identité (trombinoscope Internet et annuaire) + photocopie de la carte professionnelle du Conseil de l'Ordre + photocopie du DIU de Médecine Manuelle-Ostéopathie**

**Siège social :** Domus Medica - 79, rue de Tocqueville 75017 PARIS

**Internet :** [www.smmof.fr](http://www.smmof.fr)