



**COLLÈGE FRANÇAIS DES ANESTHÉSISTES-RÉANIMATEURS**  
Association selon la loi 1901 - 74 Rue Raynouard 75016 PARIS  
Tel : 01 45 20 32 05 - Fax : 01 45 20 32 06  
E-mail : contact@cfar.org - Site internet : www.cfar.org

# CFAR COTISATION 2019

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

N° DE MEMBRE AU CFAR \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_



Les renseignements ci-dessous sont à remplir uniquement en cas de changements :

ADRESSE PERSONNELLE \_\_\_\_\_

CODE POSTAL \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

ADRESSE PROFESSIONNELLE \_\_\_\_\_

CODE POSTAL \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

MEMBRE DE :  SFAR  SNARF  SNPHAR  SMARNU  COLLÉGIALE DES PU-PH  AUTRES



Je suis membre et je verse ma cotisation de 100 euros pour l'année 2019

Cochez la case correspondante à votre mode de paiement :

**CHÈQUE, CI-JOINT**

libellé à l'ordre du Collège Français des anesthésistes-réanimateurs (CFAR) à adresser au 74 Rue Raynouard 75016 PARIS

**PAIEMENT PAR CARTE BANCAIRE**

via votre espace adhérent [www.cfar.org](http://www.cfar.org)



Date et Signature :



Partie à remplir uniquement pour une PREMIERE ADHESION ou MODIFICATION

N° D'INSCRIPTION AU CONSEIL DE L'ORDRE (obligatoire) \_\_\_\_\_

DÉPARTEMENT \_\_\_\_\_

N° RPPS \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_

ANNÉE DE THÈSE \_\_\_\_\_ CES \_\_\_\_\_

DES \_\_\_\_\_ DIS \_\_\_\_\_ PAC \_\_\_\_\_

QUALIFICATION \_\_\_\_\_

MODE D'EXERCICE :  PRIVÉ  PUBLIC

ACTIVITÉ PRINCIPALE :  ANESTHÉSIE  RÉANIMATION  
 DOULEUR  URGENCES  
 AUTRE

FONCTION :  MCU-PH  PHU  PH  CCA  
 PU-PH  PAC  AHU