



Cotisation 2018 à la SFP



: 100 €

Cotisation étudiant, retraité ou membre partenaire : 50 €

Abonnement 2018 à la revue



France : 120 €

Étudiant : 55 €

Hors France : 140 €

Étudiant : 75 €

NOUVEAU !

Cotisation à la SFP + Abonnement à



: 200 €

Hors France : 220 €

Étudiant, retraité, partenaires : 95 €

Hors France : 115 €

- Je renouvelle mon inscription à la « SFP » :
- Je paye mon inscription à la « SFP » et je m'abonne à la revue « PAV » :
- Je m'inscris et paye seulement mon inscription à la « SFP » :
- Je paye seulement mon abonnement à la revue « PAV » :

Je règle

- par chèque à l'ordre de : Société Française de Phlébologie
Payé le : _____ Chèque N° _____
- par virement bancaire au profit du compte de la S.F.P.
RIB FRANCE : 18206 00264 36612505001 20
IBAN ETRANGER : FR76 1820 6002 6436 6125 0500 120 BIC AGRIFRPP882
- par carte bancaire (Visa – Mastercard/Eurocard – American Express) :
N° de carte : _____
Nom du détenteur : _____
Date d'expiration : _____
N° d'identification complémentaire (3 derniers chiffres au verso de la CB ou 4 pour l'AMEX) : _____
- par le biais d'un paiement en ligne via le site www.revue-phlebologie.org

Docteur : (cachet)

Signature :

Pour notre base de données, veuillez préciser les éléments suivants :

Date de naissance : _____ / _____ / _____ ;

Spécialité : _____

Adresse email : _____ @ _____

SFP membership 2018 Fee  : **100€**

Student, retired or partner membership fee: 50€

Subscription to the journal 


France: 120€

Student: 55€

Outside France: 140€

Outside France Student: 75€

NEW!

SFP membership 2018 Fee + subscription to the journal  : **200€**

Outside France: 220€

Student, retired, partners: 95€

Student, retired, partner Outside France: 115€

- I renew my registration to the "SFP" :
- I pay my registration to the "SFP" and I pay my subscription to the review "PAV" :
- I register and pay only my registration to the "SFP" :
- I pay only my subscription at the review "PAV" :

I pay:

- By check payable to: French Society of Phlebology**

Amount: _____ Check number _____

- By bank transfer in favor of the account of the S.F.P.**

RIB FRANCE: 18206 00264 36612505001 20

IBAN FOREIGN: FR76 1820 6002 6436 6125 0500 120 BIC AGRIFRPP882

- By credit card (Visa - Mastercard / Eurocard - American Express):**

Card number: _____

Name of the holder: _____

Expiration date: _____

Supplementary identification number/ last 3 digits on the back of the CC or 4 for the AMEX: _____

- Through online payment via www.revue-phlebologie.org**

Doctor: (stamp)

Signature:

For our database, please specify the following:

Birth date: _____ / _____ / _____ ;

Specialty: _____

E-mail address: _____ @ _____