

## **FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADHÉSION**

### **À LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE RECHERCHE ET MÉDECINE DU SOMMEIL**

Cher(e) collègue, cher(e) ami(e),

Nous vous invitons à devenir membre de la Société Française de Recherche et Médecine du Sommeil. Pour une cotisation annuelle de **100 €**, **50 €**<sup>1</sup> ou **25 €**<sup>2</sup>, l'appartenance à notre Société vous offre les avantages suivants :

- Recevoir une veille des actualités scientifiques et des publications sur le sommeil
- Recevoir un bulletin d'information concernant la vie de la Société, et les réunions ayant trait à la physiologie et pathologie du sommeil
- Bénéficier d'un abonnement offert à la revue Médecine du Sommeil (MdS)
- Bénéficier de tarifs préférentiels aux congrès et évènements du sommeil partenaires
- L'occasion d'intégrer, grâce à « l'espace membre », votre activité à celle des différents acteurs de la discipline, tant en recherche fondamentale qu'en recherche clinique, ou en santé publique
- Recevoir les dernières recommandations médicales pour la prise en charge des pathologies du sommeil ainsi que les positions de la HAS et du Ministère sur les grands thèmes du sommeil
- Bénéficier des ouvrages publiés par la SFRMS

Merci de bien vouloir nous retourner le bulletin page suivante au siège social de la SFRMS – **18 rue Armand Moisant, 75015 Paris** – ou par mail à [contact@sfrms.org](mailto:contact@sfrms.org).

---

<sup>1</sup> Tarification à 50 € réservée aux internes, chefs de clinique, retraités, 1ère année d'installation, Emeritus, doctorants et post-doctorants de plus de 30 ans, étudiants en DU/DIU sur le sommeil, techniciens et infirmiers du sommeil

<sup>2</sup> Tarification à 25 € réservée aux jeunes étudiants en sciences en Master/Doctorat ou Post-doctorat de moins de 30 ans

Pr F.Gagnadoux  
Pr C.Charley-Monaca  
Pr C.Schroëder  
Dr L.Leclair-Visonneau  
Dr C. Philippe

Président  
Vice-Présidente  
Secrétaire Général  
Secrétaire Adjointe  
Trésorière

## Candidature à la Société Française de Recherche et Médecine du Sommeil



**CANDIDAT**

COTISATION DE 100 €

COTISATION DE 50€

COTISATION DE 25€

**Nom et Prénom :**

**Date de Naissance :**

**Institution/ Structure :**

**Spécialité :**

- Cardiologie  Chronobiologie  Infirmier du sommeil  Médecine du travail  Médecine générale  
 Neurologie  Neurosciences  ORL  Pédiatrie  Physiologie  Pneumologie  Psychiatrie  
 Recherche fondamentale  Technicien du sommeil  Autres (précisez) : .....

**Obtention D(I)U sommeil (si oui année d'obtention) :**

**Adresse :**

**Téléphone :**

**E-mail :**

**Je souhaite recevoir la Revue Médecine du Sommeil :**

*Les abonnements à la revue Médecine du Sommeil par adhésion à la SFRMS sont réservés à un usage personnel. Il n'est pas autorisé de les mettre à disposition de bibliothèques ou de tiers.*

- en format numérique  en format numérique + papier  non merci

Veuillez renseigner une **adresse postale** vers laquelle vous sera adressée votre revue si vous optez pour un abonnement papier :

**Je souhaite figurer dans l'annuaire en ligne :**  OUI  NON

**Date :**

**Signature du Candidat :**



**PARRAINAGES**

**Nom du Parrain n°1 :**

**Appréciation du parrain :**

**Signature datée :**

**Nom du Parrain n°2 :**

**Appréciation du parrain :**

**Signature datée :**

Pr F.Gagnadoux  
Pr C.Charley-Monaca  
Pr C.Schroëder  
Dr L.Leclair-Visonneau  
Dr C. Philippe

Président  
Vice-Présidente  
Secrétaire Général  
Secrétaire Adjointe  
Trésorière