

FORMULAIRE D’ADHÉSION

( svp écrire en lettre moulée )

Nom ­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prénom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # permis C.M.Q.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse de pratique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Code Postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse de correspondance: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Code Postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(si différente de pratique )

Nom de la clinique ou autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone de pratique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone de résidence \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Télécopie au travail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse courriel de correspondance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Je donne librement mon adhésion à l’Association des médecins omnipraticiens de l’AMOSO et je m’engage à en observer les statuts et les règlements.

J’autorise l’Association à agir en mon nom toutes les fois que les intérêts des médecins omnipraticiens ou ceux de la profession l’exige.

EN FOI DE QUOI, j’ai signé le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_jour de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Signature du candidat*

***RETOURNER CE DOCUMENT COMPLÉTÉ AVEC VOTRE SIGNATURE MANUSCRITE***

***PAR TÉLÉCOPIE OU PAR COURRIEL (format PDF ou image du document)***