

FORMULAIRE D'ADHÉSION

Association des médecins omnipraticiens du Saguenay Lac-St- Jean

Nom et Prénom _____ No de permis _____

Date de naissance _____ Numéro d'assurance sociale _____

Adresse _____

Code postal _____

Tél : (bureau) _____ Tél; (m résidence) _____ Fax _____

Adresse courriel _____

Je donne librement mon adhésion à l'Association des médecins omnipraticiens du Saguenay Lac St-Jean et je m'engage à en observer les statuts et 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'exigent.

EN FOI DE QUOI, j'ai signé le _____ jour de _____ 20 _____

Signature du témoin

Signature du candidat