



AMOSL

Association des médecins
omnipraticiens du
Saguenay–Lac-Saint-Jean

FORMULAIRE D'ADHÉSION

**Association des médecins omnipraticiens du Saguenay–Lac-Saint-Jean (AMOSL),
l'association régionale affiliée à la
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)**

Coordonnées du membre

Nom et prénom : _____.

Numéro de permis : _____.

Date de naissance : _____.

Adresse de résidence + ville :

_____.

Code postal : _____.

Téléphone au bureau : _____.

Téléphone cellulaire : _____.

Adresse courriel : _____.

C'est à cette adresse courriel que vous recevrez les messages de l'AMOSL.

Signature officielle du membre

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

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

En foi de quoi, j'ai signé le (date) _____.

Signature du membre

Signature du témoin