

# FORMULAIRE D'ADHÉSION

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ No de permis du Collège des médecins : \_\_\_\_\_

ADRESSE (pratique) : \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

Tél. pratique : \_\_\_\_\_ Tél. (rés. ou cell) : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

J'autorise l'AMOLL à transmettre mes coordonnées dont mon adresse courriel à la FMOQ :  oui  non

Je donne librement mon adhésion à l'Association des médecins omnipraticiens Laurentides-Lanaudière et je m'engage à en observer les statuts et règlements.

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

J'ai payé les droits d'entrée requis, le \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Je désire recevoir (veuillez cocher) par  ENVOIS ÉLECTRONIQUES  ENVOIS POSTAUX

- Communications du président
- Bulletins d'information (Exécutif-Express, Info-AMOLL)
- Invitations à des activités accréditées de formation continue

EN FOI DE QUOI, j'ai signé le \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nom du témoin

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

\_\_\_\_\_  
Signature du candidat

Veuillez transmettre votre formulaire par la poste : AMOLL, Case Postale 37 Joliette, Joliette, Qc, J6E 3Z3  
Ou par courriel à : [secretariat@amoll.org](mailto:secretariat@amoll.org)