

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 : _____

Les informations, communications et bulletins de l'AMOLL seront transmis par envois électroniques seulement.

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 _____

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