

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ NO. DE PERMIS (Collège des médecins) : \_\_\_\_\_

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

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

TÉL. PRATIQUE: \_\_\_\_\_ TÉL. PERSO: \_\_\_\_\_

COURRIEL : \_\_\_\_\_

N.b. Les communications de l'AMOLL seront transmises par envois électroniques seulement.

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

Il est très important de cocher « autres communications syndicales et professionnelles », si vous désirez recevoir toutes les communications de l'AMOLL et de la FMOQ par voie électronique, dont les bulletins d'information, les invitations, les consultations, les offres de formation continue et plus encore.

Vos abonnements aux différentes listes d'envoi de l'AMOLL et de la FMOQ (à remplir) :

**Envois électroniques**

- Communications du président
- Autres communications syndicales et professionnelles
- Table des matières de la revue Le Médecin du Québec
- Infolettre

**Envois postaux**

- Envois de partenaires privilégiés
- Envois de la FMOQ
- Copie papier de la revue Le Médecin du Québec et programme des congrès

Je donne librement mon adhésion à l'Association des médecins omnipraticiens Laurentides—Lanaudière et je m'engage à en observer les statuts et règlements généraux. J'autorise l'AMOLL à agir en mon nom lorsque les intérêts des médecins de famille 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 (Québec), J6E 3Z3 ou par courriel à : [secretariat@amoll.org](mailto:secretariat@amoll.org)