



## FORMULAIRE D'ADHÉSION

Nom et prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Numéro d'assurance sociale \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Adresse (pratique) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Tél. (pratique) \_\_\_\_\_ Tél. (résidence) \_\_\_\_\_

Je donne librement mon adhésion à l'Association des médecins omnipraticiens de \_\_\_\_\_  
et je m'engage à en observer les statuts et les 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.

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

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

\_\_\_\_\_  
*Signature du témoin*

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