

FORMULAIRE D'ADHÉSION

J'adhère librement et volontairement à l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal et je m'engage à en observer les Statuts et les Règlements.

Nom et prénom _____ N° permis CMQ _____

Adresse (pratique) _____

Code postal _____ Tél. pratique _____ Tél. domicile _____

Courriel _____ Date de naissance _____

L'Association agira en mon nom lorsque les intérêts des médecins omnipraticiens ou ceux de la profession l'exigeront.

En foi de quoi j'ai signé le _____ jour de _____ 20____

Signature du médecin