



Association des médecins
omnipraticiens de Laval

FORMULAIRE D'ADHÉSION

**SVP imprimer et remplir le formulaire en lettres moulées,
signer et retourner par télécopieur à ce numéro : 450 951-8046
ou par courriel à : amol.laval@gmail.com**

Nom, Prénom _____

Date de naissance _____

Adresse (pratique) _____

Code postal _____

Adresse courriel _____

Tél. (pratique) _____ (résidence) _____

Je donne librement mon adhésion à l'Association des Médecins Omnipraticiens de Laval
et je m'engage à en observer les statuts et 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.

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

Signature du témoin

Signature du candidat