**FORMULAIRE D’ADHÉSION**

**\*\*\* À remplir directement dans Word \*\*\***

**Nom et Prénom :** Écrire votre nom et prénom ici

**Numéro de pratique :** 5 chiffres

**Date de naissance :** Sélectionner votre date de naissance

**Adresse de permis**

**# de rue et nom :** # rue, nom de rue

**Autres :** Autres

**Autres :** Autres

**Code Postal :** Code Postal

**Adresse courriel :** # rue, nom de rue

**Tél. (Pratique) :** # téléphone pratique **Ext. :** extension

**Résidence :** # téléphone résidence

**Je donne librement mon adhésion à l’Association des médecins omnipraticiens de LAVAL (AMOL)**

**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.**

**J’ai payé les frais d’adhésion de 5,00$**

**EN FOI DE QUOI, j’ai signé le** Sélectionner la date de signature du document.

|  |  |
| --- | --- |
| Signature numérique du témoin | Votre signature numérique |
| **Signature du témoin** | **Signature du candidat** |

**RETOURNER PAR COURRIEL À :**

[**info@amol.ca**](mailto:info@amol.ca)