

## FORMULAIRE D'ADHÉSION

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ N° permis \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ NAS : \_\_\_\_\_

Lieu principal de pratique : \_\_\_\_\_

Adresse de correspondance : \_\_\_\_\_

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

Téléphone (cabinet) : \_\_\_\_\_ Tél. résidence : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

Je donne librement mon adhésion à l'Association des médecins omnipraticiens de Richelieu-Saint-Laurent et je m'engage à en observer les statuts et règlements.

J'autorise l'Association à agir en mon nom quand les intérêts des médecins omnipraticiens ou ceux de la profession l'exigent.

EN FOI DE QUOI, j'ai signé, en la localité de \_\_\_\_\_ ,  
ce \_\_\_\_\_ du mois de \_\_\_\_\_ 2020.

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

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

### SVP nous indiquer vos autres adresses de pratique

Nom de l'établissement :	
Adresse :	

Nom de l'établissement :	
Adresse :	

**Veillez svp retourner ce formulaire rempli et signé à l'AMORSL par courriel à l'adresse [francine.amorsl@outlook.com](mailto:francine.amorsl@outlook.com) ou au no de télécopieur 450-649-5531.**