

FORMULAIRE D'ADHÉSION

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

NO DE PRATIQUE : _____

ADRESSE (PRATIQUE) : _____

CODE POSTAL : _____

TÉL (PRATIQUE) : _____

ADRESSE COURRIEL : _____

Je donne librement mon adhésion à l'Association des médecins omnipraticiens d'Yamaska 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 candidat

Signature du témoin

Veillez faire parvenir le formulaire à l'attention de Dre Annik Cavanagh, secrétaire-trésorière de l'AMOY, par fax au (450) 375-8832 ou par courriel à cavanaghannik@hotmail.com ou à l'Association des médecins omnipraticiens de la Yamaska au 320 boul Leclerc, CP 50011, Granby, J2G 1V0.