

FORMULAIRE D'ADHÉSION

Nom et prénom _____ No CMQ _____

Date de naissance _____ Adresse courriel _____
Jour/mois/année En nous fournissant votre adresse courriel vous acceptez de recevoir des courriels de la FMOQ ainsi que de votre association régionale. Vous pouvez gérer les types de communications que vous aimeriez recevoir sur <https://mon.fmoq.org>

Adresse (pratique) _____
_____ Code postal _____

Tél. (pratique) _____ Tél. (résidence) _____

Je donne librement mon adhésion à l'**Association des médecins omnipraticiens de** _____
_____ et je m'engage à en observer les statuts et les 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 le droit d'entrée requis, le _____ de _____ 20 _____

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

Signature du témoin

Signature du candidat