

FORMULAIRE D'ADHÉSION

Nom et prénom _____

No CMQ _____

Date de naissance _____
Jour/mois/année

Adresse courriel _____

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** _____ Québec

_____ 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 24

EN FOI DE QUOI, j'ai signé le _____ de _____ 20 24

Signature du témoin

Signature du candidat

En signant ce formulaire, j'accepte que mes renseignements personnels soient utilisés conformément à la « Politique de
l'Association des Médecins Omnipraticiens de Québec à l'égard de la protection des renseignements personnels »:
<https://amoq.ca/wp-content/uploads/2023/09/Loi-25-Politique-de-protection-des-renseignements-AMOQ.pdf>