



Association des Médecins Omnipraticiens des Bois-Francs

Adresse du site : www.amobf.org

FORMULAIRE D'ADHÉSION

NOM _____

PRÉNOM _____

N° DE PERMIS DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (CMQ) _____

DATE DE NAISSANCE _____

ADRESSE DU LIEU DE PRATIQUE MÉDICALE PRINCIPALE

N° DE TÉLÉPHONE _____

N° DE TÉLÉCOPIE _____

COURRIEL _____

Par la présente je reconnais que :

- je satisfais aux exigences d'adhésion prévues aux statuts de l'AMOBF ;
- je m'engage à respecter les statuts et règlements présents et futurs de l'AMOBF ;
- je suis inscrit et en règle auprès du CMQ ;
- la médecine générale constitue mon activité professionnelle que j'exerce principalement dans la région des Bois-Francs ou dans une région contiguë ;
- je n'appartiens à aucune autre association syndicale de médecins omnipraticiens affiliée à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, la présente adhésion annulant, le cas échéant, mon adhésion antérieure à l'Association de _____
- je ne détiens aucun certificat de spécialité autre que celle de médecin de famille.

Toutefois, advenant que je doive restreindre ou suspendre mes activités médicales afin de remplir une fonction syndicale, je conserverai mon statut de membre de l'Association.

Retourner le formulaire au secrétaire de l'AMOBF Dr Mathieu Larrivée par courriel (rigaor1@hotmail.com)

SIGNATURE DE L'ADHERENT _____