



FORMULAIRE D'ADHÉSION

Nom et prénom : _____

Licence/Corporation : _____

Date de naissance : _____

Adresse (pratique) :

Adresse courriel :

Télé. (pratique) : _____ - _____ - _____

Télé. (résidence) : _____ - _____ - _____

Je donne librement mon adhésion à l'Association des Médecins Omnipraticiens de l'Ouest du Québec (AMOOQ) 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.

En foi de quoi, j'ai signé le _____ jour de _____ 202_

Signature du candidat _____

SVP Retournez à :

AMOOQ
Responsable du recrutement
908, boul. Maloney Est, suite 201
Gatineau (Québec) J8P 1H5
Télec : 819-663-9326