

BULLETIN D'ADHESION

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE ----- SITUATION FAMILIALE (facultatif) -----

ADRESSE PERSONNELLE :

.....

CODE POSTAL -----VILLE-----

TEL. PERSONNEL ----- PORTABLE -----

E. MAIL -----@-----

ADRESSE PROFESSIONNELLE :

.....

CODE POSTAL-----VILLE-----

TEL. PROFESSIONNEL-----FAX-(facultatif)-----

DOCTEUR EN MEDECINE DEPUIS -----

SPECIALITE -----

COTISATION ANNEE 2017

MEMBRE ACTIF-----50 € O

J'ACCEPTÉ QUE LES RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS
CI-DESSUS FIGURENT DANS L'ANNUAIRE DE L'AMFS -----OUI --O

NON --O