

BULLETIN D'ADHÉSION

DOCTEUR

N° d'adhésion :

NOM

PRÉNOM

SPÉCIALITÉ

ADRESSE PROFESSIONNELLE

ADRESSE

VILLE

CODE POSTAL

ADRESSE EMAIL :

N° TÉLÉPHONE :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

Demande par la présente mon affiliation à l'association des médecins Tunisiens en France

Je déclare accepter intégralement les statuts, le règlement intérieur et la confession de foi de l'association des Médecins Tunisiens en France, et m'engage à les respecter en toutes leurs dispositions

SIGNATURE

fait le\..... \..... à

PAIEMENT

Nouvel adhérent

Renouvellement d'adhérence

Don

Montant de

Euros versés par :

Chèque

Espèces

Virement

* Règlement par chèque : Merci de libeller à l'ordre de : « Association des Médecins Tunisiens en France »

SIGNATURE

fait le\..... \..... à

*Adhérer à l'association, c'est choisir de prendre part à son fonctionnement (participation aux assemblées générales), en remplissant ce bulletin d'adhésion et éventuellement en s'acquittant du paiement d'une cotisation de 50 euros