

Ce questionnaire, tout spécialement conçu pour les Médecins qui souhaitent rejoindre l'association, est strictement confidentiel*. Nous vous prions de le remplir soigneusement et nous le retourner dans les meilleurs délais par courrier à A.M.A.S.E. 64, Boulevard Périer - 13008 Marseille.

**En application de la loi du 06/01/78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les réponses contenues dans ce questionnaire sont destinées exclusivement à l'A.M.A.S.E. (Association Loi 1901) et resteront strictement confidentielles.*

QUESTIONNAIRE

Nom :

Prénom :

Spécialité :

N° d'Immatriculation :

Adresse professionnelle :

Code postal : Ville : Département :

Téléphone : Fax :

Mail :

Etes-vous inscrit sur la liste des Médecins agréés ? OUI NON

Si oui, dans quel département ?

Etes-vous Membre du Comité Médical Départemental ? OUI NON

Si oui, dans quel département ?

Citez le nom de vos diplômes
et précisez les dates 1)

2)

3)

Je soussigné(e) Docteur : demande à adhérer à l'Association des Médecins Agréés du Sud Est, dont le montant de la cotisation annuelle s'élève à **100 €** et est à établir à l'ordre de A.M.A.S.E.

Date :

Cachet

Signature