

VOTRE ACTIVITE : <input type="checkbox"/> Chirurgien-Dentiste <input type="checkbox"/> Autre, à préciser :	
NOM Prénom :	.....
Adresse professionnelle :	.....
Code Postal – Ville :	.....
Téléphone professionnel :	..... Fax :
Adresse mail :	.....
N° SIRET :	.....
Date de début d'exercice libéral :	.....
Situation professionnelle :	<input type="checkbox"/> Installé <input type="checkbox"/> Remplaçant <input type="checkbox"/> Collaborateur <input type="checkbox"/> Autre, à préciser
Mode d'exercice :	<input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> Frais Communs <input type="checkbox"/> SCM <input type="checkbox"/> SCP
VOS COORDONNEES PERSONNELLES	
Adresse personnelle :	.....
Code Postal – Ville :	.....
Téléphone :	Personnel : Portable :
Date de Naissance :	.....
<p>✓ Je reconnais avoir reçu et pris connaissance des statuts de l'Association Omnium Santé ainsi que du règlement intérieur ;</p> <p>✓ Je déclare avoir pris connaissance de mes engagements et j'adhère par le présent bulletin d'adhésion à l'Association Omnium Santé.</p>	
	<p>Fait à :</p> <p>Le : / /</p> <p>Signature :</p>

Conformément à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant. Pour l'exercer, adressez-vous au secrétariat de l'association.