



AGeMIG
association genevoise
des médecins de famille
internistes généralistes

Formulaire de candidature

Nom :
Prénom :
Date de naissance :

Adresse prof. :
Tél.et Fax Prof. :
E-mail :

Titre FMH ou fédéral :
obtenu le :

Membre de l'AMGe depuis le :

En signant ce formulaire, je déclare avoir lu les conditions d'adhésion à l'Association Genevoise des Médecins de Famille Internistes Généralistes et les statuts de l'AGeMIG en vigueur (figurant sur le site internet) et les avoir compris.

En particulier:

Je déclare que ma formation remplit exhaustivement tous les critères qui y sont stipulés.

Je déclare savoir qu'une cotisation annuelle est perçue et connaître le montant en vigueur au moment de mon inscription.

Je déclare avoir pris connaissance et avoir compris les conditions de résiliation du statut de membre.

Je déclare accepter de **joindre un CV détaillé** de ma formation pré- et post-graduée (lieux de formation, pourcentage et durée de chaque période d'activité, description des postes). Joindre le CV avec ce formulaire.

Date:

Signature: