BULLETIN D'ADHESION INDIVIDUELLE - ANNEE 2023

À retourner à :

ASSOCIATION MEDICALE DE NOUVELLE-CALEDONIE
BP 2343 - 98846 NOUMEA CEDEX

ou par mail à l'adresse suivante : amnc687@gmail.com.

N'oubliez pas de noter votre adresse mail pour l'envoi de votre reçu.

Montant de la cotisation 2023 : 15 000 CFP

NOM _____ PRENOM _____

PROFESSION _____ Secteur libéral ou public (à préciser) _____

ADRESSE POSTALE _____

_____

Email (**à remplir de façon très lisible**) : _____Tel _____

Vous avez la possibilité de régler votre cotisation soit par chèque, soit par virement bancaire.

Quel que soit votre mode de règlement, merci de ne pas oublier de nous adresser ce bulletin complété afin que nous puissions vous identifier et qu'un reçu vous soit envoyé par email.

Veuillez trouver ci-joint ma cotisation fixée à 15 000 CFP pour l'année 2023.

☐ Règlement par chèque bancaire

☐ Règlement effectué par virement bancaire le ___/___/_____, Banque : _____ à :

ASS MEDICALE DE LA NC - **SGCB : 18319 06711 50470727103 28**

Signature