



BULLETIN D'ADHESION INDIVIDUELLE - ANNEE 2019

À retourner à : A.M.N.C. BP 2343 - 98846 NOUMEA CEDEX.

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

NOM _____ PRENOM _____

PROFESSION _____ Secteur libéral ou public (à préciser) _____

ADRESSE POSTALE _____

Email (**à remplir de façon très lisible**) : _____ Tel / Fax _____

Veillez trouver ci-joint le montant de la cotisation fixée à **15 000 CFP pour l'année 2019.**

Règlement par chèque bancaire

Règlement par virement bancaire à: ASS MEDICALE DE LA NC - **SGCB : 18319 06711 50470727103 28**

Signature