



ASSOCIATION MÉDICALE DE NOUVELLE-CALEDONIE

BULLETIN D'ADHESION INDIVIDUELLE - ANNEE 2025

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 2025 : 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 nous permettre de vous envoyer un reçu par email.

Veillez trouver ci-joint ma cotisation fixée à 15 000 CFP pour l'année 2025.

- Règlement par chèque bancaire
- Règlement effectué par virement bancaire le ___/___/_____,

Banque : _____ à :

ASS MEDICALE DE LA NC SGCB : 18319 06711 50470727103 28

Signature