

SECOURS IMMEDIAT AU DECES

Siège : Ordre National des Médecins
7 Boulevard Rembrandt – 21000 Dijon

BORDEREAU DE PRE-INSCRIPTION

A adresser au siège de l'association

Accompagné du formulaire de désignation des bénéficiaires

Docteur (prénoms et nom)

N° inscription à l'Ordre : Date inscription à l'Ordre

Date de naissance :

Adresse complète :

.....

.....

N° de téléphone :

Messagerie :@

Souhaite adhérer au Secours Immédiat au Décès

Le (Date) :

Signature