



Association Nationale  
des Médecins  
des Collectivités Territoriales

## BULLETIN D'ADHESION 2010

Je soussigné(e), médecin territorial,

Nom : .....

Prénom : .....

adhère à l'association **MEDITORIALES** (A.N.M.C.T.), et joins à cet effet un chèque de **30 €** libellé à l'ordre de **MEDITORIALES**, à l'adresse suivante (trésorier):

**Dr Jean Paul Sainlot 68 rue Henri Eugène Guillard 44100 NANTES**

*Date et signature*

**Merci de remplir au moins une des deux rubriques, en majuscules d'imprimerie :**

- **Coordonnées personnelles** (sauf indication contraire de votre part, le courrier associatif vous y sera adressé)

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

E-mail : ..... Téléphone (facultatif) : .....

*Ces coordonnées peuvent être insérées dans l'annuaire de l'association* oui  non

- **Coordonnées professionnelles**

Service : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

E-mail : ..... Téléphone (facultatif) : .....

*Ces coordonnées peuvent être insérées dans l'annuaire de l'association* oui  non

*Merci de bien vouloir compléter le questionnaire suivant*

---

**Siège Social: 8, rue des Verdiers  
38120 Saint Egrève**

Site internet : [www.meditoriales.org](http://www.meditoriales.org)  
Courriel : [info@meditoriales.org](mailto:info@meditoriales.org)  
SIRET : 442 041 190 00 12 APE : 913 E

*Les informations de cette page toutes facultatives sont destinées à mieux vous connaître.*

Département d'exercice :

**1 Collectivité territoriale d'emploi**

Région	<input type="checkbox"/>	Département, Conseil Général	<input type="checkbox"/>
Commune	<input type="checkbox"/>	Regroupement de communes	<input type="checkbox"/>
Centre de gestion	<input type="checkbox"/>	Autre	<input type="checkbox"/>

**2 Statut actuel**

Vacataire	<input type="checkbox"/>	Contractuel	<input type="checkbox"/>
Titulaire	<input type="checkbox"/>	autre situation	<input type="checkbox"/>

**3 Domaine(s) d'activité (plusieurs cases possibles)**

PMI	<input type="checkbox"/>	Personnes Agées	<input type="checkbox"/>
Santé scolaire	<input type="checkbox"/>	Personnes Handicapées	<input type="checkbox"/>
Aide Sociale à l'Enfance	<input type="checkbox"/>	Médecine du travail	<input type="checkbox"/>
Vaccinations	<input type="checkbox"/>	Incendie et Secours	<input type="checkbox"/>
Hygiène et Santé	<input type="checkbox"/>	Santé Publique/ Epidémiologie	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>		

**4 Fonction(s) (plusieurs cases possibles)**

Activité clinique	<input type="checkbox"/>	Direction d'un service	<input type="checkbox"/>
Animation d'équipe	<input type="checkbox"/>	Médecin-conseil	<input type="checkbox"/>
Encadrement fonctionnel	<input type="checkbox"/>	Médecin - expert	<input type="checkbox"/>
Encadrement hiérarchique	<input type="checkbox"/>	Médecin chargé de mission	<input type="checkbox"/>
Contrôle médical	<input type="checkbox"/>	Autre	<input type="checkbox"/>

*Conformément à la LOI 78-17 du 18 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (art 34), vous disposez d'un droit de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent.*

*Pour l'exercer, adressez-vous à **MEDITORIALES**,*

---

**8, rue des Verdiers 38120 Saint Egrève**