



Association Nationale  
des Médecins  
des Collectivités Territoriales

## BULLETIN D'ADHESION 2011

Je soussigné(e) :

- adhérent à MEDITORIALES (A.N.M.C.T.) depuis :
  
- renouvelle mon adhésion à l'association, et joins à cet effet un chèque de **30 €**, libellé à l'ordre de **MEDITORIALES**, à l'adresse suivante :

**Dr Sophie Pamiès 11 rue Emile Zola, 69002 LYON**

*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 : .....

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

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

- **Coordonnées professionnelles**

Service : .....

Adresse : .....

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

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

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

---

**Siège Social : 1 rue des Bellevues 92270 BOIS-COLOMBES**  
**Site internet : [www.meditoriales.org](http://www.meditoriales.org)**  
**Courriel : [contact@meditoriales.org](mailto:contact@meditoriales.org)**

**SIRET : 442 041 190 00 12    APE : 913 E**

***Les informations de cette page toutes facultatives sont destinées à mieux vous connaître.  
La réponse à la question 5 ne fera l'objet d'aucun traitement informatique.***

*Uniquement en cas de modification par rapport à votre précédente, merci de bien vouloir renseigner le questionnaire suivant*

**Conditions d'exercice :**

**1 Collectivité territoriale d'emploi**

Région	Département
Commune	Regroupement de communes
Centre de gestion	Autre Précisez:.....

**2 Statut actuel**

Vacataire	Contractuel
Titulaire	autre situation Précisez:.....

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

PMI	Personnes Âgées
Santé scolaire	Personnes Handicapées
Aide Sociale à l'Enfance	Médecine du travail
Vaccinations	Incendie et Secours
Prévention et promotion de la santé	Epidémiologie
Hygiène et Santé	Autre Précisez:.....

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

Activité clinique	Direction d'un service
Animation d'équipe	Médecin-conseil
Encadrement fonctionnel	Médecin - expert
Encadrement hiérarchique	Médecin chargé de mission/études
Contrôle médical	Autre Précisez:.....

**5 Qu'attendez-vous de MEDITORIALES ?**

.....

.....

.....

.....

***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 c/o Dr Patrick Atlas, 1 rue des Bellevues 92270 BOIS-COLOMBES***