

## Membre Médecins du Monde

N° membre: \_\_\_\_\_

Expiration: \_\_\_\_\_

Je soussigné/e :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ App. : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Téléphone (domicile) \_\_\_\_\_

Téléphone (Travail) \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Expérience en coopération internationale :

Endroit : \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

### Déclare :

- ◆ Adhérer aux principes de Médecins du Monde;
- ◆ Partager, en tant que membre les objectifs de l'association;
- ◆ Vouloir contribuer au financement des activités par ma cotisation de 25.00 \$;
- ◆ M'engager à me conformer à la charte et aux règlements de MDM;
- ◆ M'engage à ne pas nuire au bien-être et à la réputation de MDM;
- ◆ M'engager à contribuer bénévolement au développement de MDM;
- ◆ Vouloir recevoir les informations sur les activités de Médecins du Monde;
- ◆ Etre citoyen responsable.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

*Faites parvenir ce formulaire complété accompagné du règlement de votre cotisation à Médecins du Monde. Dès réception, nous vous ferons parvenir votre nouvelle carte de membre.*

Paiement par chèque à l'ordre de Médecins du Monde  Paiement comptant

Paiement Visa  Paiement Mastercard  Paiement AE

N° de carte : \_\_\_\_\_ Date d'échéance : \_\_\_\_\_