



BULLETIN D'ADHESION INDIVIDUELLE - ANNEE 2024

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 2024 : 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 qu'un reçu vous soit envoyé par email.

Veillez trouver ci-joint ma cotisation fixée à 15 000 CFP pour l'année 2024.

☐ Règlement par chèque bancaire

☐ Règlement effectué par virement bancaire le ____/____/____, Banque : _____ à :

ASS MEDICALE DE LA NC - SGCB : 18319 06711 50470727103 28

Signature