

À adresser à : **Dr Bruno BUREL**
Secrétaire Général du SNMS Santé
1, Avenue Jacques Chastellain
76000 ROUEN

Le Docteur (Nom, Prénom) :

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone fixe :

Téléphone mobile :

Courriel : @

Titulaire du DESC, du CES ou de la capacité de biologie et médecine du sport

Faculté :, Année :

Ou compétence reconnue par le Conseil de l'Ordre Départemental du : le

Souhaite adhérer au Syndicat National des Médecins du Sport-Santé
(avec acceptation de ses statuts et de son règlement intérieur)

Date :

Signature (et cachet professionnel)

- Y joindre:**
- Copie du diplôme de médecin du sport
 - Curriculum vitae
 - Profession de foi (max 10 lignes)

Une réponse définitive d'acceptation vous sera transmise sous 2 mois

Profession de foi pour devenir membre du SNMS Santé.

Date :

Signature (et cachet professionnel)