

Bulletin d'adhésion

à compléter et à retourner à :
INTERMEDES CONSEILS 110, rue de Montreuil 75011 PARIS

Mr. Mme Maître (Nom, Prénom).....

adresse:.....

CP:..... Ville:.....

tél / mobile:.....

courriel:@.....

Je m'engage à agir dans l'intérêt des victimes de dommages corporels et dans celui des compagnies d'assurances si leurs intérêts sont convergents.

Je souhaite devenir membre correspondant et travailler avec les médecins de l'Association. Je règle la cotisation annuelle fixée par le Conseil d'Administration (actuellement à 300€) à l'ordre d'Intermèdes Conseils.

date et signature:

Membre médical parrain:.....