



Demande d'adhésion à l'Association Régionale de la Médecine du Sport - Rabat, Salé, Zemmour, Zaer

Civilité
Nom
Prénom
Spécialité
Téléphone
E-mail
Adresse
Ville
Code postal
J'accepte que mes coordonnées apparaissent sur le site Internet de la ARMS, sachant que je pourrai à tout moment demander leur retrait.	OUI NON

Adhérent à l'association régionale de la médecine du sport Rabat, Salé, Zemmour, Zaer, j'avoue avoir lu et accepté les conditions d'adhésion.

Signature,