

PERMICOMED

Association des médecins agréés par les Préfectures pour l'examen des conducteurs

AVIS DE COTISATION 2016

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse professionnelle : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____

E-mail :

Je suis médecin agréé(e) pour le contrôle de l'aptitude médicale à la conduite par la
Préfecture de :

Je suis Médecin Généraliste

Je suis Médecin Spécialiste

Spécialité :

Je désire régler ma cotisation 2016 à l'Association PERMICOMED,
soit la somme de 33,00 € par chèque bancaire, à l'ordre de PERMICOMED.
A retourner à l'adresse suivante : PERMICOMED – 74 avenue Kléber – 75116 PARIS

J'ai bien noté l'objet de PERMICOMED :

- Faciliter la diffusion des textes législatifs et réglementaires dans ce domaine et, plus généralement, de toutes informations relatives à la médecine et à la sécurité routière.
- Promouvoir les échanges confraternels, la formation continue et la recherche.
- Représenter les médecins agréés auprès des institutions et instances professionnelles.
- Initier ou participer à toutes actions visant à la promotion des aptitudes à la conduite, à l'utilisation des capacités restantes et à la recherche d'alternatives éventuelles à la conduite, notamment dans le cadre du handicap physique ou du déclin cognitif.
- Et, plus généralement, initier, accompagner ou promouvoir toutes actions (initiatives, campagnes, médias) permettant d'améliorer la sécurité routière et les politiques de déplacement.

Date :

Signature :