



# Société Française de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathie Médicale

## BULLETIN D'ADHESION

Docteur .....

Adresse .....

Mr le Secrétaire Général de la Société Française de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathie Médicale,

J'ai l'honneur de solliciter mon admission à la Société Française de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathie Médicale.

Deux de mes confrères, Membres de la Société, ont accepté de me parrainer et ont co-signé cette lettre.

En espérant une réponse favorable à ma candidature, je vous prie de croire, Monsieur le Secrétaire Général, à l'expression de ma considération distinguée.

Signature  
*au verso une fiche de renseignements à compléter.*

Date :

**PREMIER PARRAIN** Docteur .....

Cachet professionnel

Signature

**DEUXIEME PARRAIN** Docteur ....

Cachet professionnel

Signature

**SOFMMOOM**, [www.sofmmoom.org](http://www.sofmmoom.org)

Association loi 1901 créée le 28 février 1964. **Siège social** : GOMED, 34, rue Laffitte - 75009 PARIS

Président : Dr Marc ROZENBLAT, 32 ter av du général Leclerc 77330 OZOIR la FERRIERE [president@sofmmoom.org](mailto:president@sofmmoom.org)  
Secrétaire Général : Dr Olivier DUMAY, 2 rue Aude 13100 AIX-EN-PROVENCE [secetaire@sofmmoom.org](mailto:secetaire@sofmmoom.org)  
Trésorier : Dr Patrick ILL, 96 Bd Saint Germain 75005 PARIS [tresorier@sofmmoom.org](mailto:tresorier@sofmmoom.org)



# Société Française de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathie Médicale

## FICHE de RENSEIGNEMENTS (à remplir en lettres capitales SVP)

NOM ..... PRENOM .....

ADRESSE .....

CODE POSTAL ..... VILLE .....

N° téléphone ..... N° fax .....

THESE : année ..... Faculté de .....

**ETUDIANT** en Médecine Manuelle et Ostéopathie Médicale (Année ..... en 2023)

D.U. de MEDECINE MANUELLE en .....

D.I.U. de MED.MANUELLE-OSTEOPATHIE en .....

**ENSEIGNANT** en Médecine Manuelle

Ens. universitaire .....

Ens. privé .....

**SPECIALITE** : (rayer les mentions inutiles)

Rhumatologie, Méd. Phys. et Réadapt., Omnipraticien

Médecin, Interne, Chef de service, Praticien Hospitalier, Chef de clinique

Fonction Hospitalo-Universitaire .....

**RETRAITE** : (si retraité cocher la case)

Année d'arrêt d'activité : .....

Conformément à nos statuts, chaque nouvelle adhésion doit être validée par l'Assemblée Générale. J'ai bien noté que tout membre de la Société a droit d'accès, de rectification et de suppression pour toutes les informations personnelles que je vous communique. J'autorise la SOFMMOOM à les mentionner dans ses fichiers et annuaires.

Cachet professionnel, date et signature

*Tout membre de la S.O.F.M.M.O.O.M. a le droit d'accès au fichier de la Société pour rectifier ou supprimer certaines informations personnelles destinées à être reproduites dans l'annuaire.*

**SOFMMOOM**, [www.sofmmoom.org](http://www.sofmmoom.org)

Association loi 1901 créée le 28 février 1964. **Siège social** : GOMED, 34, rue Laffitte - 75009 PARIS

Président : Dr Marc ROZENBLAT, 32 ter av du général Leclerc 77330 OZOIR la FERRIERE [president@sofmmoom.org](mailto:president@sofmmoom.org)

Secrétaire Général : Dr Olivier DUMAY, 2 rue Aude 13100 AIX-EN-PROVENCE [secetaire@sofmmoom.org](mailto:secetaire@sofmmoom.org)

Trésorier : Dr Patrick ILL, 96 Bd Saint Germain 75005 PARIS [tresorier@sofmmoom.org](mailto:tresorier@sofmmoom.org)