MADP
MUTUELLE D'ASSURANCE DES PROFESSIONNELS

DOSSIER DE CANDIDATURE A LA FONCTION DE DELEGUE MADP ASSURANCES

SECTION 1 : PROFESSIONS DE SANTE

N° Sociétaire : _____ Région : **MASSIF CENTRAL & CENTRE**

Je, soussigné(e) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Email : _____@_____ Tél. _____

Situation professionnelle : ☐ TNS/Titulaire en activité (*) ☐ Salarié(*) ☐ Retraité

(*) Merci d'indiquer votre ville et département d'exercice professionnel si différents de votre adresse postale :

_____

Autres mandats et fonctions exercés dans la profession

Rédigez en quelques lignes ce qui motive votre candidature[1]

- Fais acte de candidature aux fonctions de « Délégué de MADP ASSURANCES » afin de représenter mes confrères aux Assemblées générales.
- Accepte que mes « motivations » soient diffusées sur le site de vote de MADP ASSURANCES pour information auprès de mes confrères électeurs (consultation via le site www.madp.fr).

Date _____ Signature et cachet

Nb. : Conformément à l'article 34 de la loi « informatique et liberté » (loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée), vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en écrivant à l'adresse suivante : MADP ASSURANCES –44 avenue George V - TSA 10105 -75802 PARIS CEDEX 08

[1] Ne doit comporter aucun propos d'ordre religieux, syndical ou politique.