

**SECTION 1 : PROFESSIONS DE SANTE**

N° Sociétaire : \_\_\_\_\_ Région : **SUD OUEST & OUTREMER**

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 <sup>1</sup>

- 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

<sup>1</sup> Ne doit comporter aucun propos d'ordre religieux, syndical ou politique.