

## Demande d'adhésion au CGL

Nom – Prénom*	
Adresse personnelle	
Adresse professionnelle*	
n° téléphone professionnel*	
n° fax	
E mail	
Parrainé par :	
Mode d'exercice * (plusieurs réponses possibles)	<input type="checkbox"/> Médecin libéral <input type="checkbox"/> Médecin hospitalier <input type="checkbox"/> temps plein <input type="checkbox"/> temps partiel <input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> PSPH <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/> Médecin Salarié <input type="checkbox"/> Médecin Conseil Général <input type="checkbox"/> Médecin coordonnateur

\* : à compléter obligatoirement