



SOCIÉTÉ MÉDICALE DE BEAULIEU

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Je désire poser ma candidature en tant que membre de la Société Coopérative Médicale de Beaulieu et confirme avoir pris connaissance des statuts de la Société.

Titre : .....

Prénom : ..... Nom : .....

Spécialité : .....

Adresse : .....

.....

Tél. : ..... Fax : .....

E-mail : .....

Lieu et date : ..... Signature : .....

Cotisation annuelle : CHF 50.-

A remplir et à retourner à :

Société Coopérative Médicale de Beaulieu,  
Clinique Générale Beaulieu, 20, ch. Beau-Soleil, 1206 Genève