



**COLLEGE MALGACHE DES
GYNECOLOGUES
OBSTETRICIENS**

**FORMULAIRE
D'ADHESION**

Photo d'identité

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Nom :.....
Prénom :.....
Date et lieu de naissance :.....
Filiation :.....
- Père :.....
- Mère :.....
Carte d'identité nationale :.....
Numéro d'inscription à l'ONM :.....
Adresse personnelle :.....
Adresse professionnelle :.....
Numéro de téléphone :.....
E-mail :.....

ETUDES DE MEDECINE

Faculté de:.....
Université de :.....
Période:.....
Date d'obtention du Diplôme en Médecine:.....

ETUDES DE SPECIALISATION

Faculté de:.....
Université de :.....
Période:.....
Diplôme de spécialisation:.....
Date d'obtention du Diplôme de spécialisation :.....
Autres diplômes ou compétences :.....
.....
.....
.....
.....

A Le.....