PERMICOMED
Section ACMF des médecins agréés par les Préfectures pour l'examen des conducteurs

AVIS DE COTISATION 2020

Nom : I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I   Prénom : I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I

Adresse professionnelle : I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I

I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I

Code postal : I_I_I_I_I_I   Ville : I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I

Téléphone : I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I

E-mail : ………

☐ **Je suis médecin agréé(e)** pour le contrôle de l'aptitude médicale à la conduite par la

Préfecture de : ……………………………………………………………………………

☐ Je suis Médecin Généraliste
☐ Je suis Médecin Spécialiste   Spécialité : ………………………………

☐ **Je désire régler ma cotisation 2020 à PERMICOMED, section ACMF**
soit la somme de 36€ TTC (dont TVA à 20%) par chèque bancaire, à l'ordre de ACMF
A retourner à l'adresse suivante : ACMF-PERMICOMED – 13, rue Paul Valéry – 75116 PARIS

☐ **J'ai bien noté les missions de PERMICOMED, section ACMF :**

- Faciliter la diffusion des textes législatifs et réglementaires dans ce domaine et, plus généralement, de toutes informations relatives à la médecine et à la sécurité routière.
- Promouvoir les échanges confraternels, la formation et la recherche.
- Représenter les médecins agréés auprès des institutions et instances professionnelles.
- Initier ou participer à toutes actions visant à la promotion des aptitudes à la conduite, à l'utilisation des capacités restantes et à la recherche d'alternatives éventuelles à la conduite, notamment dans le cadre du handicap physique ou du déclin cognitif.
- Et, plus généralement, initier, accompagner ou promouvoir toutes actions (initiatives, campagnes, médias) permettant d'améliorer la sécurité routière et les politiques de déplacement.

Date :   Signature :