



## DEMANDE D'ADMISSION

Nom .....

Prénoms .....

Nationalité .....

Date de naissance ..... / ..... / ..... Sexe F / M

Adresse privée ..... N° ..... Bte .....

Localité ..... Code postal .....

Pays .....

Téléphone .....

Portable .....

E-mail .....

Votre conjoint est-il membre de l'AMUB & UAE ?

- OUI  
 NON

Si oui, précisez son nom .....

### JE DÉSIRES ÊTRE MEMBRE

- Effectif de l'AMUB & de l'UAE  
 Adhérent de l'AMUB  
 Étudiant  
 Sympathisant de l'AMUB

DATE .....

SIGNATURE .....



Je soussigné.e déclare sur l'honneur adhérer au principe du **Libre Examen** fondé sur le rejet de l'argument d'autorité dans les domaines de la pensée philosophique, morale et politique, ainsi que sur la recherche de la vérité par la science.

DATE .....

SIGNATURE .....

DIPÔME.S OBTENU.S	Année de délivrance	Université
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

PROFESSION

- Médecin généraliste
- Médecin spécialiste en .....
- Post-gradué en .....

Lieu de travail .....

Adresse .....

Téléphone professionnel .....

AUTRES ACTIVITÉS EXERCÉES (missions, charges, mandats politiques) :

.....

**AMUB asbl**

Campus Facultaire Erasme  
Route de Lennik, 808 / 612  
1070 Bruxelles

+32 2 555 67 94  
info@amub-ulb.be  
www.amub-ulb.be

IBAN BE38 0012 3288 6972  
BIC GEBABEBB  
TVA BE 0414 475 159



Association des Médecins  
anciens étudiants de  
l'Université libre de Bruxelles

AUTRES RENSEIGNEMENTS POUVANT ÊTRE UTILES L'AMUB et/ou l'UAE

.....

.....

.....

.....

**AMUB asbl**

Campus Facultaire Erasme  
Route de Lennik, 808 / 612  
1070 Bruxelles

+32 2 555 67 94  
info@amub-ulb.be  
www.amub-ulb.be

IBAN BE38 0012 3288 6972  
BIC GEBABEBB  
TVA BE 0414 475 159