



POUVOIR: Conformément aux statuts de l'association

**Je soussigné** .....  
**Exerçant à** .....  
**Numéro RPPS** .....

Profession (entourer la réponse exacte ou barrer autres propositions inexactes)

Médecin – Infirmier(e) – Kinésithérapeute –  
Pharmacien – Dentiste - Autre (spécifiez :.....)

Donne pouvoir à .....

(Possibilité de laisser en blanc - les pouvoirs seront répartis selon les participants)

de me représenter et voter à l'Assemblée Générale ORDINAIRE de l'association FMC  
DINAN

du

***Mercredi 14 DECEMBRE 2016***

Le..... à.....  
(écrire bon pour pouvoir et signer)

à adresser à un professionnel de santé assistant à l'assemblée générale

Possibilité par courriel à [fmcdinan@wanadoo.fr](mailto:fmcdinan@wanadoo.fr)

(Les pouvoirs seront répartis selon les participants)

Pour voter il faut être à jour de sa cotisation