



# DEMANDE DE PASSEPORT MOST MEDECIN

Je soussigné(e),

Nom : .....

Prénom : .....

Exerçant à l'adresse suivante : .....

Avec la (les) spécificité(s) thérapeutique(s) suivante(s) : .....

(Membre de l'Association et/ou du syndicat : .....

Demande mon passeport MOST pour la reconnaissance de la place de nos spécificités thérapeutiques dans le système de santé français.

Avec ce visa je pourrai prendre part aux actions en cours et être informé(e) à chaque étape des acquis sur mon adresse e mail :

.....@.....

A .....

Le .....

Signature :

*Merci de renvoyer votre demande à l'adresse suivante :*

FAMOST

2, avenue Thiers

06130 GRASSE