



Association des Médecins  
Anciens étudiants de  
l'Université libre de Bruxelles  
**A.M.U.B.** - a.s.b.l.

Campus Erasme  
Route de Lennik, 808 / 612  
1070 Bruxelles  
Tél. : 02.555.60.62  
Fax : 02.555.61.17

## DEMANDE D'ADMISSION

---

Nom ..... Prénoms .....

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

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

Localité ..... Code postal ..... Pays .....

Téléphone privé ..... Fax .....

E-mail .....

Votre conjoint est-il membre de l'A.M.U.B. - U.A.E.  OUI  NON

Si oui, précisez son nom .....

---

**JE DESIRE ETRE MEMBRE**

EFFECTIF de l'Union des Anciens et de l'A.M.U.B.

ADHERENT de l'A.M.U.B.

ETUDIANT de l'Union des Anciens et de l'A.M.U.B.

SYMPATHISANT de l'A.M.U.B.

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 :

---

Membre EFFECTIF : les Médecins diplômés de l'U.L.B. adhérant aux principes du Libre Examen.

Membre ADHERENT : les Médecins diplômés de l'U.L.B. n'ayant pas souscrit aux principes du Libre Examen et les Médecins diplômés des autres Universités (ces derniers devront joindre à cette demande l'aval - par écrit - de deux associés effectifs ou honoraires de l'A.M.U.B.).

Membre ETUDIANT : les étudiants de l'U.L.B. des 3<sup>ème</sup> ou 4<sup>ème</sup> doctorat.

Membre SYMPATHISANT : les diplômés de la Faculté de Médecine et les Médecins membres effectifs de la M.O.V.U.B. (Medische Oudenstudenten Vrije Universiteit Brussel) désireux de garder un contact étroit avec l'A.M.U.B.

**DIPLOME(S) OBTENU(S) :**

**Année de délivrance**

**Université**

| DIPLOME(S) OBTENU(S) : | Année de délivrance | Université |
|------------------------|---------------------|------------|
| .....                  | .....               | .....      |
| .....                  | .....               | .....      |
| .....                  | .....               | .....      |
| .....                  | .....               | .....      |
| .....                  | .....               | .....      |
| .....                  | .....               | .....      |
| .....                  | .....               | .....      |
| .....                  | .....               | .....      |

**PROFESSION :**

- Médecin généraliste .....
- Médecin spécialiste en .....
- Postgradué en .....

**Lieu de travail** .....

**Adresse** .....

**Téléphone professionnel** .....

**AUTRES ACTIVITES EXERCEES (missions, charges, mandats politiques) :**

.....

.....

.....

**AUTRES RENSEIGNEMENTS POUVANT ETRE UTILES à l'U.A.E. et/ou à l'A.M.U.B.\* :**

.....

.....

.....

.....

\* Prière de bien vouloir indiquer tous renseignements sans modestie inopportune en songeant à l'intérêt qu'ils peuvent présenter pour l'U.A.E. ou l'A.M.U.B.