

ANNEXE 3 – Appuis à la candidature (article 14) – Comité de direction

**Élection au Comité de direction du département territorial de médecine familiale
(DTMF) de la Montérégie
APPUI À LA CANDIDATURE**

Nom et prénom du candidat: _____

Numéro de permis: _____

La personne qui appose sa signature ci-dessous déclare être Membre du DTMF de la Montérégie, avoir sa pratique principale dans le même RTS que le candidat, être inscrite sur la liste des électeurs et appuyer la candidature du candidat nommé ci-haut.

Nom, prénom et adresse courriel	Numéro du permis CMQ	Signature	Date
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			