



ACTE DE CANDIDATURE / ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e)

- Madame
- Monsieur

NOM :

Prénom(s) :

Demeurant

Code Postal

Ville

Numéro de licence :

Atteste sur l'honneur que :

- Je souhaite poser ma candidature à la liste en tant que
- Membre,
Médecin*

Dont

NOM :

Prénom(s) :

Est tête de liste pour l'élection du Comité Directeur de la Ligue Motocycliste des Pays de la Loire lors de l'Assemblée Générale du 18 Février 2024.

- Je serai titulaire d'une licence fédérale en cours de validité et membre d'un club dont le siège social se situe dans le ressort territorial de la Ligue ;
- Je suis âgé de plus de 18 ans ;
- Je ne fais pas l'objet d'une incompatibilité décrite à l'article 7.4 et 8.2 des statuts des Ligue.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à

le

Signature

*le médecin doit être en mesure de démontrer son inscription au Conseil National de l'Ordre des médecins.

