

DEMANDE D'AUTORISATION

(Loi du 18 avril 2001 sur le droit d'auteur)

Médecins / Médecins-Dentistes

Nom et prénom du médecin

dont le cabinet est situé à :

Localité..... ..

Code Postal.....

N°..... Rue

N° de téléphone.....

1) Sonorisation du cabinet et/ou de la salle d'attente par CD, radio, télévision, DVD ou MP3 ou tout autre support permettant la diffusion d'oeuvres musicales : OUI / NON (entourez la bonne réponse)

2) Etes-vous adhérent à l'AMMD ? OUI / NON (entourez la bonne réponse)

3) Date de l'adhésion à l'AMMD :

Y a-t-il d'autres médecins ou médecins dentistes qui travaillent dans le même cabinet que vous ? Si oui, merci d'inscrire leurs noms :

.....

.....

Je soussigné, certifie sincères les renseignements indiqués ci-dessus et, par la présente, sollicite de la Sacem Luxembourg l'autorisation préalable prévue par l'article 4 de la Loi Luxembourgeoise sur le droit d'auteur et conformément aux termes de la Convention de Berne révisée à Bruxelles le 26 juin 1948.

Fait leà.....

Cachet et signature