

No d'adhésion



FORMULAIRE D'ADHESION MEMBRE-BE d'une école reconnue APTN

Reçu au secrétariat le : []

Prérequis : membres BE

- En 1er formation Thérapies complémentaires et/ou alternatives
Aucun exercice en Cabinet/Cabinet de groupe
Pas de numéro RCC

Si une des cases n'est pas cocher, réferez-vous au Formulaire d'adhésion Membre A

ORIGINAL

Nous vous prions de bien vouloir remplir ce questionnaire en caractère d'imprimerie avec lettres majuscules.

COLLER ICI UNE PHOTO PASSEPORT RECENTE (Dimension standard)

NOM :
Prénom(s) :
Date de naissance
Etat civil
Nationalité
Commune d'origine : canton ou pays

ADRESSE PRIVEE LEGALE (adresse de correspondance)

Rue :
NP : localité : canton :
Tél. : Fax : E-mail :

Autre association professionnelle OUI : NON

En formation à l'Ecole : depuis :
en thérapies Complémentaires (TC) :

