Demande d’adhésion en tant que membre D

Coller photo

|  |
| --- |
| Après réception de votre demande d’adhésion, nous vous ferons parvenir la facture (au prorata). Après réception de votre paiement, vous recevrez votre confirmation d’adhésion ainsi que vos données d’accès personnelles (login) pour vous identifier sur notre site internet. |

Coordonnées personnelles: (Remplir en LETTRES CAPITALES)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Civilité  |  | Titre  |
|  |  |  |
| Nom  |  | Prénom  |
|  |  |  |
| N°/Rue  |  | NPA/Lieu Canton  |
|  |  |   |
| Téléphone  |  | Date de naissance  |
|   |  |  |
| Tél. portable  |  | E-mail  |

Coordonnées professionnelles:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Profession  |  | [ ]  Salarié.e [ ]  indépendant.e |
|  |  |  |
| N°/Rue   |  | NPA/Lieu Canton  |
|  |  |   |
| Téléphone   |  | Fax  |

 Formation en MTC:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu de formation  |  | NPA/Lieu  |
|  |  |  |
| N°/rue  |  | Téléphone  |
|  |  |  |
| Formation de – à  |  |  |

Annexes:

[ ]  Attestation ou diplôme de formation en MTC

Assurance responsabilité civile professionnelle (uniquement si enregistrement simultané à l’ASCA ou au RME)

[ ]  Je suis intéressé.e par une assurance responsabilité civile professionnelle à un tarif préférentiel et je joins une attestation de mon enregistrement auprès de l’ASCA ou du RME. Je recevrais, avec ma confirmation d’adhésion, un lien vers l’offre d’assurance.

Je confirme par la présente l’exactitude de toutes les informations communiquées ci-dessus et je déclare être d’accord que ces informations soient communiquées à tous les organismes intéressés (caisses d’assurance-maladie, organisations de patients, etc – mais en aucun cas à des fins commerciales !!) ou publiées sur les listes correspondantes gérées par l’Association Professionnelle Suisse de MTC.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lieu/Date**   |  | **Signature** |