

FORMULAIRE D'ADHESION R.E.FO.R.MED AISBL

Adresse Postale C/o Mme Dominique DELAPORTE 8, rue Palouzié, 93400 SAINT OUEN – France

Coordonnées personnelles

cotisation annuelle <input type="checkbox"/> Ré-adhésion <input type="checkbox"/> Personne MORALE <input type="checkbox"/> membre 50€ <input type="checkbox"/> certifiée 60€ <input type="checkbox"/> agrée 100€ Joindre copie du KBIS ou équivalent pays	Nom de l'organisme : Nom du représentant légal: Numéro d'entreprise ou de SIRET: ou / et numéro d'existence selon le pays :
Cotisation annuelle <input type="checkbox"/> Ré-adhésion <input type="checkbox"/> Personne PHYSIQUE (peut aussi représenter et/ou travailler pour la personne MORALE ou faire partie d'un organisme de formation membre de REFORMED) <input type="checkbox"/> membre associé 50€ <input type="checkbox"/> Thérapeute certifié REFORMED 60 € - Joindre déclaration officielle d'exercice <input type="checkbox"/> Adhérent tout public 50 € <input type="checkbox"/> Membre ou étudiant d'un organisme de formation agréé : 20 €	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Mademoiselle <input type="checkbox"/> Monsieur Nom : Prénom : <i>Avez-vous plus de 3 ans d'exercice professionnel ?</i> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <i>Si oui, date de déclaration d'activité :</i> Numéro de formateur selon pays : <i>Faites-vous partie d'une association de professionnels ?</i> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <i>Si oui, laquelle ?</i> <i>Cette organisation est-elle membre de REFORMED aisbl ?</i> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <i>Si oui, indiquez le numéro d'adhérent :</i>

Adresse :	Code postal :	Ville :
Département :	Pays :	
Téléphone :	Portable :	Fax :
Email :	Site internet :	

Nouvelle adhésion : fournir l'ensemble des documents demandés

Je corresponds aux critères de base **statutairement définis par REFORMED aisbl** et je renvoie à REFORMED aisbl :

- 1: les documents demandés (CV, la copie de diplômes,...) 2: une lettre de motivation précisant le nombre d'années de pratique
3: mon règlement ou la preuve de celui-ci

Techniques thérapeutiques pratiquées (si vous manquez de place, annexe une feuille volante...)

Techniques pratiquées et professions dans le domaine de la santé naturelle (joindre la copie des attestations, diplômes/certificats)	Nombre d'heures	Année du diplôme

Règlement de la cotisation :

par chèques/virement à l'ordre de **REFORMED aisbl** (un reçu vous sera renvoyé en retour)

Coordonnées bancaires : **REFORMED aisbl:** **IBAN :** FR85 3000 2005 3800 0000 9231R94 – **BIC :** CLRYFRPP

Identifiant France : 30 002 / 00538 / 00000 9231 R/94

J'ai pris connaissance des statuts et du règlement d'ordre intérieur ROI de REFORMED aisbl (www.reformed-eu.org)

Date et signature :

Cette fiche est à compléter (ou copier) **en 2 exemplaires** - 1 exemplaire à conserver par vous_

- 1 à joindre **au chèque adressé à Reformed ou preuve de virement bancaire**