

ADHESION



Nom : Prénom :

Date de naissance :

i+ Adresse privée

Rue :

Code postal / Ville:

Téléphone :

i+ Adresse professionnelle (qui figure sur le site www.ismac.ch)

Rue :

Code postal / Ville:

Téléphone :

Natel :

Courriel :

Site internet :

 ***Je vous envoie une copie de mon diplôme d'infirmier (ère) et de mon autorisation de pratiquer.***

i+ Je suis certifié(e) en médecines complémentaires et/ ou alternatives :

1.-.....

2.-.....

3.-.....

4.-.....

Autres :

 ***Je vous envoie mes copies de certification***

ADHESION



- Je cotise à l'AVS en tant qu'indépendant(e) *oui *non
Numéro:
- J'ai une R.C professionnelle *oui *non
- Je cotise à l'ASI *oui Numéro de membre:
*non Je m'inscris dans l'année
- Je fais partie du RME *oui Numéro de membre:
*non Pourquoi
- Je fais partie de l'ASCA *oui Numéro de membre:
*non Pourquoi
- Je suis affiliée à d'autres associations : *oui lesquelles:
*non
- Je désire être inscrite sur les listes du site www.ismac.ch *oui *non



**entourer ce qui convient*



Je verse **Frs 50.-** pour les frais d'inscription et étude du dossier
Et **Frs 50.-** comme cotisation annuelle à l'ISMAC
Ajouter **Frs 5** de taxe si paiement au guichet
CCP : n°17-123589-2
IBAN CH81 0900 0000 1712 3589 2

Envoyer les pièces à : ISMAC Chemin du Collège 19 – 1168 Villars-sous-Yens

Lieu et date :

Signature :