

No d'adhésion



**FORMULAIRE
D'ADHESION
MEMBRE-B
d'une école reconnue APTN**

Reçu au secrétariat le :

[Empty box for date of receipt]

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 célibataire marié-e divorcé-e

Nationalité CH Autre :

Commune d'origine :**canton ou pays**

ADRESSE PRIVEE LEGALE ou PROFESSIONNELLE (adresse de correspondance)

Rue :

NP : **localité** : **canton** :

Tél. : **Fax** : **E-mail** :

Pratique en cabinet depuis :

et / ou

En formation à l'Ecole : **depuis** :

en Techniques Complémentaires (KTTC) :

en Médecines Alternatives (AMMA) :

