



DEMANDE D'ADHESION

M. Mme

Nom : _____ Date de naissance : _____

Prénom : _____ Langue de correspondance : _____

Adresse professionnelle : _____

Adresse pour l'envoi du courrier (à remplir si elle est différente de l'adresse professionnelle) : _____

Tél. prof. : _____ Fax : _____ E-mail : _____

Catégorie de membre

membre actif Code créancier (RCC) déjà attribué N° :

demande en cours N° :

membre junior

membre associé
Employeur :

Institut

Hôpital

Autre

Diplôme

Pays : _____ Année : _____

Ecole : _____

Photocopies à joindre

- autorisation de pratiquer
- diplôme
- certificat d'enregistrement par la Croix-Rouge Suisse

Date et signature : _____

Admis(e) dans l'association

Date :

Paraphe :