

Demande d'adhésion

Nom _____

Prénom _____

Adresse postale _____

Code postal / Lieu _____

Non du cabinet _____

Adresse du cabinet _____

Code postal / Lieu _____

Téléphone Privé _____ Cabinet / Professionnel _____

Fax Privé _____ Cabinet / Professionnel _____

Mobile _____

E-Mail _____ Homepage _____

Date de naissance _____

Demande	<input type="checkbox"/>	Membre actif	Cotisation	Fr. 400.-
			Taxe d'inscription	Fr. 200.-
	<input type="checkbox"/>	Membre en formation	Cotisation	Fr. 200.-
	<input type="checkbox"/>	Membre passif	Cotisation	Fr. 200.-

Comment pratiquez-vous le shiatsu?

- activité principale activité extra-professionnelle
- indépendant-e employé-e
- en formation _____

Pour membre actif:

Veuillez nous retourner les documents suivants:

- Curriculum vitae
- Attestation de l'école des cours effectués, avec la liste des heures d'enseignement exactes
- Attestation des heures exigées en connaissances médicales de base (anatomie, physiologie, pathologie)
- Copie du diplôme

Etes-vous intéressé-e par les assurances collectives ?

Assurance responsabilité civile professionnelle
Prévoyance professionnelle (2ème pilier)
Indemnité perte de gain en cas de maladie
Assurance maladie

Pour membre en formation et passif:

Veuillez nous retourner les documents suivants:

- Curriculum vitae
- Attestation de l'école des cours effectués (pour membre en formation)

Etes-vous intéressé-e par les assurances collectives ?

Assurance responsabilité civile professionnelle

En cas d'inscription, pouvons-nous transmettre votre adresse aux personnes intéressées par le shiatsu ?

oui non

Je désire recevoir les documents de la SGS en:

allemand français

Par mon adhésion à l'Association Suisse de Shiatsu je reconnais la valeur juridique des statuts et autres règlements et d'y être tenu.

Date _____ Signature _____