

Demande d'adhésion

Nom _____

Prénom _____

Adresse postale _____

Code postal/Lieu _____

Nom du cabinet _____

Adresse du cabinet _____

Code postal/Lieu _____

Téléphone Privé _____ Cabinet/Professionnel _____

Fax Privé _____ Cabinet/Professionnel _____

Portable _____

E-Mail _____ Homepage _____

Date de naissance _____

Demande	<input type="checkbox"/>	Membre actif	Cotisation	CHF 450
			Taxe d'inscription	CHF 200
	<input type="checkbox"/>	Membre en formation	Cotisation	CHF 200
	<input type="checkbox"/>	Membre passif	Cotisation	CHF 200

Comment pratiquez-vous le shiatsu?

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

Pour membre actif:

Veillez 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
- Copie de l'enregistrement auprès du RME (en l'absence d'une attestation pour les 150 heures de connaissances médicales de base)

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:

Veillez 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 l'ASS 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 _____