Bulletin d'adhésion au Cercle des Ostéopathes Azuréens

Nom : Prénom :

Date de naissance : / /

Mobile :

email : @

Adresse cabinet :

Code postal :

Année diplôme :

Etablissement de formation :

☐ J'atteste être à jour de mon assurance Responsabilité Civile Professionnelle.

☐ J'accepte être inscrit(e) dans l'Annuaire des Ostéopathes Azuréens.

☐ Je souhaite être inscrit(e) en tant que bénévole dans l'Annuaire des Ostéopathes Azuréens.

☐ Je joins à ce bulletin d'adhésion le montant de ma cotisation annuelle, soit 20 euros à l'ordre du Cercle des Ostéopathes Azuréens.

Fait le :

Signature :

Cercle des Ostéopathes Azuréens - 178 Route de la Fénerie - 06580 Pégomas
06 09 37 48 95 - osteopathes.azureens@gmail.com