



Praticien de la Santé Durable
REFLEXOLOGUE - TITRE RNCP

☞ Je soussigné(e) adhère à la Chambre Nationale des Professions de la Santé Durable (CAPSAND)

☞ *Votre identité :*

Nom : Prénom :

Situation familiale : Célibataire ; Marié ; PACS ; Autre :

Date et lieu de naissance :

Adresse professionnelle 1 :

Tél professionnel 1 :

Adresse professionnelle 2 :

Tél professionnel 2 :

Courriel :

Merci de joindre une photo d'identité

☞ *Votre profession :*

Date de début d'exercice :

Autre profession, laquelle :

☞ *Vos compétences complémentaires :*

Naturopathie Posturologie Diététique-Nutrition

Autre:.....

Avez-vous prévu de réaliser une formation complémentaire et laquelle :

.....
.....

Jours et horaires d'ouverture du cabinet :

<input type="checkbox"/> Lundi	matinh..... àh.....	après-midih..... àh.....
<input type="checkbox"/> Mardi	matinh..... àh.....	après-midih..... àh.....
<input type="checkbox"/> Mercredi	matinh..... àh.....	après-midih..... àh.....
<input type="checkbox"/> Jeudi	matinh..... àh.....	après-midih..... àh.....
<input type="checkbox"/> Vendredi	matinh..... àh.....	après-midih..... àh.....
<input type="checkbox"/> Samedi	matinh..... àh.....	après-midih..... àh.....

- Je désire paraître sur l'annuaire du site des Praticiens de la Santé Durable
- Je souhaite mettre ma photo sur l'annuaire du site
- Je souhaite qu'apparaisse sur le site la situation géographique de mon cabinet
- J'autorise à mettre mes coordonnées professionnelles, photos, horaires d'ouverture, mes compétences sur le site internet la Chambre des professions de la Santé Durable. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification de mes données auprès de la Chambre des professions de la Santé Durable.
- Je m'engage à réaliser le séminaire d'enseignement à la Santé Durable en 2017 - 2018

☞ Pour une cotisation annuelle de **120 €** (chèque) à l'ordre de la CAPSAND ou prélèvement, recevez le kit complet et bénéficiez gratuitement d'une inscription sur notre annuaire et de l'assurance groupe.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de ces informations

Fait à..... le

Signature :

Code Postal : _____ Ville : _____ - (Joindre un RIB) Pays : _____

Coordonnées bancaires

Code Etablissement	Guichet	N° de compte	Clé RIB

N°National Emetteur
535186

IBAN (International Bank Account Number)

--	--	--	--	--	--	--	--

BIC (Bank Identification Code)

--

Nom du Créancier: ASS CAPSAND

ICS: FR47ZZZ535186

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif

Paiement ponctuel

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Chambre des Professions de la Santé Durable (CAPSAND) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la CAPSAND.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Fait à _____, le _____

Signature