

Formulaire inscription adhérent AFTCSB

Renseignements personnels :

| | |
|-----------------------|--|
| Nom : | |
| Prénom : | |
| Adresse: | |
| Ville & Code Postal : | |
| Tel portable : | |
| e-mail : | |

Renseignements Formation TCSB:

| | |
|-----------------------------|--|
| Formation : | |
| Lieu : | |
| Date de début (MM/AA) : | |
| Date de fin (MM/AA) : | |
| Nombre d'heures du cursus : | |

Renseignements pouvant apparaître sur le site Internet de l'association :

Lieu principal de travail

| | |
|-------------------------|--|
| Adresse(s) Cabinet(s) : | |
| Ville & Code postal : | |
| Tel professionnel : | |
| e-mail : | |
| Site Web : | |

2eme lieu de travail :

| | |
|-------------------------|--|
| Adresse(s) Cabinet(s) : | |
| Ville & Code postal : | |
| Tel professionnel : | |
| e-mail : | |
| Site Web : | |

Assurance Responsabilité Civile Professionnelle:

| | |
|--------------------|--|
| Organisme Assureur | |
| Num de contrat | |

Code Déontologique

En vous inscrivant à l'AFTCSB, vous reconnaissez avoir lu le code déontologique AFTCSB et à vous engager à le suivre.

Le code déontologique est accessible sur la page adhérents du site web AFTCSB.

Formation premiers secours: (1 journée)

| | |
|---------------------|--|
| Date (*): | |
| Organisme formateur | |

Dans le cas où vous n'avez pas encore suivi une formation premier secours, veuillez indiquer la date à laquelle celui-ci se déroulera.

Cotisation

| Mois de cotisation | Cotisation |
|-------------------------------------|------------|
| Janvier (mois de renouvellement) | 45€ |

Dans le cas où votre 1^{ère} adhésion se fait au cours du 4^{ème} trimestre (octobre à décembre) une cotisation de 15€ vous sera demandée à la place de 45€.

Mode de paiement

| | |
|---------------------|--------|
| Chèque / Virement : | |
| Montant |€ |

Première adhésion :

Renvoyer à l'email : craniosacral.france@gmail.com

1. Ce formulaire rempli et signé,
2. Une copie de votre certificat d'assurance RCP en cours,
3. Une copie de votre formation des premiers secours,
4. Une copie de votre diplôme de TCSB.

Nous vous indiquerons comment régler avec les références pour un virement. Dans la mesure du possible, nous préférons un virement bancaire à un chèque, mais vous pouvez aussi envoyer un chèque à l'ordre de l'AFTCSB chez Marie Gasnier - 12 place des aires - 05300 Laragne.

Sur réception de votre paiement :

- 1) un **reçu** vous sera alors fourni, tenant lieu de preuve de votre inscription à l'AFTCSB,
- 2) un **certificat d'adhésion** pour l'année,
- 3) vos informations seront ajoutées à la **liste web des praticiens**,
- 4) vous pourrez accéder à **l'espace adhérent.e** du site web,
- 5) vous recevrez périodiquement des informations de l'association par email.

Renouvellement adhésion:

Renvoyer à l'email : craniosacral.france@gmail.com

- 1) Une copie de votre certificat d'assurance RCP en cours,
- 2) Ce formulaire rempli et signé, si et seulement si certaines informations : adresse, tel, etc... ont changé

Résiliation adhésion:

Elle est automatique à la date d'échéance, pour non paiement et/ou non présentation du certificat d'assurance.

Politique de confidentialité:

La fourniture de la fiche d'inscription, des diplômes et certificats est nécessaire pour établir un contrat d'adhésion AFTCSB. Il n'y a pas d'autre usage aux documents stockés que celui d'attester de la validité du contrat, Ces documents ne sont pas communiqués à une tierce partie ou bien réutilisés pour une autre raison. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'opposition, d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent à tout moment par email. Egalement, vos données seront effacées quand vous résilierez votre adhésion.

En renvoyant mes documents et en payant ma souscription annuelle,

je, soussigné(e)

- 1) **reconnais avoir lu et accepté le code déontologique AFTCSB et accepte d'y conformer ma pratique TCSB,**
- 2) **Accepte de recevoir périodiquement des emails informatifs sur les actualités de l'association,**
- 3) **Accepte de laisser mes coordonnées professionnelles sur le site web AFTCSB visibles sur Internet.**

A :

Le :

Signature :