



DEMANDE D'ADHESION

NOM :

PRENOM :

Né(e) le :

Adresse professionnelle :

Tel prof. :

Tel mobile :

E-mail :

PROFESSION :

pratique libérale ou salariée :

FORMATIONS :

Diplôme professionnel de la santé dans la thérapie médicale (*joindre copie*) :

Titre :

Lieu :

Date :

Formation de base en médecine académique (*joindre copies*)

Ecole :

Lieu :

Nombre d'années :

Nombre d'heures :

Diplôme :

Lieu :

Date :

Formation de base en acupuncture (*joindre copies*) :

Ecole :

Lieu :

Nombre d'années :

Nombre d'heures :

Diplôme :

Lieu :

Date :

Stages cliniques de MTC en Chine (*joindre copies*) :

Ville :

Hôpital :

Jours :

Ville :

Hôpital :

Jours :

Formations continues en MTC déjà effectuées (*joindre copies*) :

écrire sur un page supplémentaire en indiquant pour chacune :

Thèmes

Lieux

Heures

Date :

Signature :

Formulaire à renvoyer avec une lettre de motivation et les copies des attestations et diplômes.