

Alliance pour la Santé

Prévention – Alimentation bio – Environnement
Rassemblement de toutes les médecines

DEMANDE DE PARTICIPATION

à la Journée Nationale des Pratiques de santé du 16 avril 2010

A RENVoyer AU PLUS TARD LE 30 MARS 2010

Par courriel à : micheletheron@aol.com

Par courrier à : Alliance pour la Santé, 185 rue de Lourmel 75015 Paris

✓ **NOM, Prénom :**

✓ Adresse du cabinet de consultation :

✓ N° de téléphone :

✓ Courriel :

✓ Titre de praticien :

✓ Installé(e) depuis :

✓ Bref descriptif de votre activité, spécificité de votre approche :

✓ **Activité proposée le 16 avril 2010 :**

✓ Faites-vous partie d'une Fédération ou d'un syndicat professionnel ? Si oui, nom et coordonnées :

✓ Formation, école, diplôme (éventuellement joindre votre CV) :

✓ N° de SIRET :

Vous disposez d'une assurance Responsabilité civile professionnelle ; nom de l'organisme :

✓ Pour les personnes sans aucune affiliation, merci de nous contacter directement

Je suis adhérent(e) à l'Alliance pour la Santé (sinon, voir bulletin joint)

J'accepte que mes coordonnées soient mises sur le site de l'Alliance pour la Santé, afin d'être contacté(e) directement par le public pour cette journée

Nom

Téléphone

Adresse postale

Courriel

(cochez les informations que vous souhaitez voir apparaître)

Alliance pour la Santé

Prévention – Alimentation bio – Environnement

Rassemblement de toutes les médecines

www.alliance-pour-la-sante.com

BULLETIN D'ADHÉSION

ASSOCIATIONS, PARTICULIERS OU PRATICIENS DE SANTE

(A photocopier ou à télécharger sur le site)

A retourner 185 rue de Lourmel 75015 PARIS accompagné de votre règlement

NOM :

Prénom :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE :

COURRIEL :

FAX :

TEL FIXE :

PORTABLE :

PROFESSION :

J'adhère

Mon association aussi, NOM :

DON (facultatif) :

J'adhère et souhaite faire partie d'un Comité local de rassemblement pour le département de :

Je dispose de temps pour vous aider à :

Je peux envoyer la Charte De l'Alliance pour la Santé par internet

Ou en distribuer. Quantité : (gratuit) :

MONTANT ANNUEL DE L'ADHESION DE BASE : 5 EUROS MINIMUM

Je règle par chèque

Je règle en espèces

Date :

Signature :

J'ai connu l'Alliance pour la santé par :