



## DEMANDE D'ADHESION

NOM :

PRENOM :

Né(e) le :

---

**Adresse professionnelle :**

**Tel prof. :**

**Tel mobile :**

**E-mail :**

**PROFESSION :**

*pratique libérale ou salariée :*

---

**FORMATIONS :**

**Diplôme professionnel paramédical ou médical (joindre copie) :**

Titre :

Lieu :

Date :

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

Ecole :

Lieu :

Nombre d'années :

Nombre d'heures :

Diplôme :

Lieu :

Date :

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) :**

Thèmes

Lieux

Jours

**Date :**

**Signature :**

---

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