

## FORMULAIRE D'ADHESION

**Merci de remplir ce formulaire, conserver l'original qui sert d'attestation fiscale, nous retourner la photocopie au siège social :**

41 Avenue de Saint Mandé, 75012 PARIS (Accompagné de votre règlement)

NOM		
PRENOM		
ADRESSE		
CODE POSTAL		
VILLE		
Tél professionnel	Fixe :	Portable :

ECRIRE TRÈS LISIBLEMENT

E-mail	
Profession	

J'adhère Je souhaite figurer dans l'annuaire des praticiens APFSE oui  non

en formation SE (80€)  praticien SE (120€)

j'ai pris connaissance du code déontologique et m'engage à le respecter

Date		N° du chèque joint :
		N° du virement :
Signature		