

FORMULAIRE DE **RENOUVELLEMENT D'ADHESION**

Merci de remplir ce formulaire, **conserver l'original qui sert d'attestation fiscale**, nous retourner la photocopie (accompagnée de votre règlement) à la Trésorière :

Estelle Halm
10 rue de Lucelle 68100 Mulhouse

Envoyer une copie par mail à : commission.validation@apf-somatic-experiencing.com

ECRIRE TRÈS LISIBLEMENT EN ROUGE SI CHANGEMENT DE VOS COORDONNÉES UNIQUEMENT

NOM		
PRENOM		
ADRESSE		
CODE POSTAL		
VILLE		
Tél professionnel	Fixe :	Portable :
E-mail		
Profession		

Je renouvelle mon adhésion

en formation (80 €)

Praticien certifié (120 €)

Je soutiens la Somatic Experiencing et je fais un don de €

Ce don n'est pas déductible des impôts.

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