

FORMULAIRE DE RENOUELEMENT D'ADHESION

Merci de remplir ce formulaire et le retourner par mail aux 2 adresses suivantes :

A la secrétaire : vbelliveau@wanadoo.fr

A la commission de validation : 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

je soutiens l'Apfse et je fais un don

en formation (80 €)

Praticien certifié (120 €)

Date		DATE DE VIREMENT :
Signature		