

DEMANDE D'ADHÉSION

Informations personnelles

Nom: _____ Prénom(s): _____

Date de naissance: _____ Nationalité: _____

Adresse: _____

NP/Lieu: _____

T: _____ E-Mail: _____

Adresse professionnelle

Cabinet/Institut/Hôpital: _____

Fonction: _____

Adresse / NP / Lieu: _____

T: _____ No direct: _____

F: _____ E-Mail: _____

Formation

Profession _____

Examen d'Etat (année / lieu) _____

Grade académique _____

Spécialiste en (date du diplôme) _____

Thérapie de la douleur _____

Activité actuelle _____

Membre

FMH

Autres: _____

Recommandé(e) par:

a) _____

b) _____

Lieu/Date: _____ Signature: _____