

DEMANDE D'ADHÉSION – 2019

NOM: PF	ÉNOM :
DATE DE NAISSANCE :	
ADRESSE :	
CODE POSTAL : VILLE	
N°TÉL PRIVÉ/PORTABLE :	
EMAIL:	
PROFESSION :	
POUR LES SOPHROLOGUES	
ADRESSE PROFESSIONNELLE	
N°TÉL. PROF.:	
N° RCC :	
EMAIL PRO :	
Pour toute nouvelle adhésion en milieu d'année civile, merci de nous consulter avant de remplir ce bulletin.	
) SOPHROLOGUES (Membres A)	155 CHF
) SOPHROLOGUES avec parution annuell (Membres A)	e sur l'annuaire du site 165 CHF
) ÉTUDIANTS en Sophrologie (Membres B)	100 CHF
) NON SOPHROLOGUES (Membres Amis)	50 CHF
Sous réserve de l'acceptation du Comité de l'association	
Date : Sign	ature :
N° compte postal A.S.S.P.: 14-53	1545-9

Demande d'Adhésion à retourner à l'adresse mail suivante :

POFICHBEXXX

CH70 0900 0000 1453 1545 9

IBAN:

BIC: