

Demande d'affiliation

I J'ai lu et approuvé les statuts de l'ASD et je demande par la présente l'affiliation en tant que membre ordinaire de l'association Suisse de Dry Needling – ASD. La contribution annuelle est de CHF 90.-.

Nom/ Prénom			
Date de naissance			
Profession			
Adresse/ Lieu			
Téléphone privé		Téléphone professionnel	
Téléphone mobile		FAX	
Courriel			

Cours des points trigger suivi (vous êtes priés d'indiquer l'intitulé du cours, l'institution de formation continue ainsi que le lieu et la date du cours)

Je suis intéressé de participer au travail du comité ou des commissions: Oui Non

Si oui, lequel?.....

Lieu, Date:..... Signature:.....

Envoyez la demande d'affiliation accompagnées des copies du diplôme de fin d'études, et au minimum d'une confirmation de cours de thérapie manuelle des points trigger à l'association Suisse de Dry Needling. Nous vous en remercions d'avance!

Le comité a accepté la demande. Le comité a refusé la demande.

Justification du refus:

Lieu, Date: Pour le comité:

Secrétariat de l'ASD • Merkurstrasse 12 • 8400 Winterthour
 www.dryneedling.ch • contact@dryneedling.ch

Coordonnées bancaires:

Compte postal, Dry Needling Verband Schweiz, Merkurstrasse 12, 8400 Winterthour
 Numéro du compte: 85-465638-4
 IBAN: CH59 0900 0000 8546 5638 4
 BIC: POFICHBEXXX