



Hauts-de-France Ostéopathie Périnatalité

Bulletin d'adhésion MEMBRE OSTÉOPATHE

NOM : **Prénom** :

Adresse professionnelle :

Code postal : **Ville** :

Téléphone : **Email** :

Année d'obtention du D.O. : **Numéro ADELI** :

Autre profession exercée en plus de l'ostéopathie :

...

- Je m'engage par ma signature à respecter la charte et le règlement intérieur** dont j'ai préalablement pris connaissance.
- Je joins à ce bulletin un règlement de 45 euros pour ma cotisation annuelle (janvier à décembre), règlement possible :
 - soit par chèque à l'ordre de **HOPE** ;
 - soit par virement bancaire en ligne sur le site **helloasso.com**
- Je souhaite devenir ostéopathe sympathisant**
- Je souhaite devenir ostéopathe partenaire**, afin de valider votre dossier merci de joindre les justificatifs suivants :
 - Photocopie du diplôme d'Ostéopathe D.O. ou attestation de l'ARS
 - Attestation de responsabilité civile professionnelle
 - Attestation de primo-formation **OU** *je suis inscrit à la primo-formation à venir*, merci de préciser la date et le lieu de cette dernière :
 - Justificatifs de 70h de formation ostéopathique en périnatalité
 - Je certifie avoir 3 ans d'exercice en cabinet depuis l'obtention de mon diplôme d'ostéopathe (attestation INSEE avec le numéro SIRET)

Je souhaite soutenir l'association HOPE en faisant un don de euros (paiement en ligne sur le site ou par chèque, dans ce dernier cas merci de joindre un chèque indépendant de la cotisation). *Vous recevrez un reçu par mail à réception de votre règlement.*

Je souhaite recevoir les informations de HOPE via mon adresse mail.

Selon la loi informatique et liberté du 6 janvier 1978 relative aux données personnelles, vous disposez d'un droit de regard et de rectification sur les informations vous concernant.

Merci de renvoyer ces documents à l'adresse suivante :

Ophélie FARENEAU — 561 Rue de l'Asie, 59000 LILLE

ou par mail à hope.reseauhdf@gmail.com

Date et signature précédée de la mention « lu et approuvé » :