

DEMANDE D'AGREMENT

A retourner dûment remplie et signée à FEDAREG accompagnée des diplômes, certifications et autres documents de formation.



Nom du Praticien et/ou Cabinet	
N° siret (Photocopie du doc INSEE obligatoire)	
Titre	<input type="checkbox"/> Melle <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mr
Nom	
Prénom	
Adresse	
Code postal	
Ville	
Pays	
Téléphone	
Téléphone portable	
Fax	
Email	
Site internet	

Ces informations seront mises en ligne sur le site internet dans la rubrique « Praticiens Agréés », si vous ne le souhaitez pas, merci de le préciser :

Adresse de correspondance (si différente de ci-dessus) :

Adresse	
Code postal et ville	

Techniques thérapeutiques pratiquées (Copie des diplômes et certifications)

Techniques et professions para-médicales	Nombres d'heures	Année du diplôme

Quelles sont vos motivations :

Faites-vous partie d'une association professionnelle ? Oui Non

Si oui laquelle :

Je règle par chèque à l'ordre de FEDAREG la cotisation selon le tarif des cotisations ci-annexé.

Date :

Signature :