

Bulletin d'inscription

AFCMS - 403 rue Marcel Demonque - BP 51278 – 84911 AVIGNON Cedex

Nom-Prénom _____ Tél _____

Adresse _____

Mail _____ Profession _____

Diplôme(s) et année(s) _____

Numéro ADELI _____ (obligatoire)

Exercez-vous en tant que : Ostéopathe Kinésithérapeute Médecin

(Cochez les cases concernées)

Je m'inscris au stage suivant (et verse un acompte de 162 €)

-

Je m'inscris au pack ____ stages (renseigner le nombre de stages et nommer les stages choisis ci-dessous) :

-

-

-

-

-

-

-

-

Je verse 400 € d'arrhes et m'acquitterai du solde au 1^{er} séminaire.

Je choisis de payer en 3 versements* : septembre, décembre et mars.

* Envoyer les chèques correspondants qui seront encaissés aux échéances prévues, au début de chaque mois.

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions financières et je les accepte.

Je certifie être ostéopathe D.O. enregistré ADELI et que ma responsabilité civile professionnelle est à jour.

Date :

Signature :

(Les stages d'AFCMS ne sont pas pris en charge par le FIF/PL pour ceux possédant un numéro ADELI de Massseur-Kinésithérapeute.)