

DEMANDE D'ADHESION EN TANT QUE MEMBRE HPCM

Health Professionals for cellular Medicine "Professionnels de la Santé en Médecine Cellulaire"

- Valable à partir de Janvier 2018-

Merci de remplir le formulaire en lettres majuscules!

Données personnelles du demandeur:

Nom

Prénom(s)

Rue et numéro

Code Postal et localité ou ville:

Pays:

Téléphone

E-Mail**

Informations concernant le membre HPCM qui vous a invité à adhérer:

Nom

Prénom(s)

Numéro de membre HPCM

Signature

** Merci de nous donner votre adresse email grâce à laquelle nous pouvons vous joindre de manière fiable, afin que nous puissions toujours vous informer sur d'autres offres de formation disponibles en ligne ainsi que les dernières conclusions de la recherche sur les micronutriments.

L'adhésion au HPCM est gratuite et je peux à tout moment la résilier sans évocation de motif. Toute demande de résiliation doit se faire par écrit.

Je suis informé des directives régissant l'association HPCM et en accepte les conditions comme stipulées dans les "Directives". De plus, je suis d'accord que le membre HPCM qui m'a amené à adhérer à l'initiative HPCM reçoive des informations sur mes commandes (date de commande et montant), ce qui lui permettra de vérifier le calcul et le règlement de ses honoraires.

Renseignements professionnels:

Travail à temps plein

Travail à temps partiel

N'est pas/plus actif

Mes centres d'intérêts particuliers dans ma pratique professionnelle sont les suivants:

Veillez s'il vous plaît virer les honoraires générés par mes activités de conseils sur le compte bancaire suivant:

Banque

Banque
(identifiant)*

Numéro de compte

IBAN

BIC

* Pas nécessaire en France et en Belgique

Lieu, Date

Signature

Veillez noter que seules les demandes dûment remplies et signées peuvent être traitées. Veuillez nous informer de toute modification pertinente vous concernant (profession et adresse par exemple).

