**Formulaire de Participation aux**

**8èmes Journées Nationales des Pratiques de Santé**

**Les Jeudi 6 et Vendredi 7 avril 2017**

**A nous renvoyer au plus tard le 1er avril 2017**

**Département :** Choisissez un élément.

**Nom :** Cliquez ici pour entrer du texte. **Prénom :** Cliquez ici pour entrer du texte.

**Adresse du cabinet de consultation** (à défaut lieu des actions) :

Cliquez ici pour entrer du texte.

**N° de Téléphone :** Cliquez ici pour entrer du texte. **Courriel :** Cliquez ici pour entrer du texte.

**Date de votre participation** (au choix l’une des deux journées, ou les deux) :

 [ ]  **Jeudi 6 avril 2017** [ ]  **Vendredi 7 avril 2017**

Activité proposée lors des journées (la technique qui figurera sur le site) :

Faîtes-vous partie d’une Fédération, d’un Syndicat ou d’un Groupement Professionnel ? [ ]  oui [ ]  non

 ⬩ Si oui, nom et coordonnées de/du Fédération/Syndicat/Groupement :

 ⬩ Si non, code de déontologie de votre profession :

Formation, école, diplôme :

N° Siret :

Coordonnées de votre assurance responsabilité civile :

[ ]  Je suis adhérent(e) à l’Alliance Pour la Santé pour 2017

[ ]  J’adhère à l’Alliance Pour la Santé pour 2016, je joins un chèque de 10 euros

(Votre adhésion est requise pour des questions d’assurance)

[ ]  J’accepte que les coordonnées ci-dessous soient mises sur le site de l’Alliance Pour la Santé, elles permettront au public intéressé de me contacter directement pour ces journées du 6 et 7 avril 2017 :

N° du département : Choisissez un élément. Ville : Cliquez ici pour entrer du texte.

NOM et prénom : Cliquez ici pour entrer du texte. Téléphone : Cliquez ici pour entrer du texte.

[ ]  Je préfère faire connaître cet événement par des moyens personnels.

[ ]  Je m’engage à respecter la charte d’Alliance Pour la Santé et le code de déontologie de la profession

***Chaque praticien a bien sûr le choix de ses horaires et de la durée de ses prestations.***

[ ]  J’accepte de recevoir les adhésions et règlements des participants qui souhaitent soutenir nos actions et m’engage à les transmettre à l’adresse postale ci-dessus.

**Par courrier à : Alliance pour Santé, 65 rue Claude Bernard 75005 PARIS**

**Par mail à : com@alliancepourlasante.fr**

 Signature