



INSCRIPTION MEMBRE EFFECTIF « UPMO » 2017 :

Nom :

Prénom :

Adresse postale privée (courrier + facturation) :

Rue, n° :

Code postal, localité :

Adresse(s) postale(s) cabinet(s) :

Société :

Diplôme : Médecin – Ostéopathe D.O.

Formation en Ostéopathie : Enseignement, année de diplôme:

.....

GSM privé :

GSM professionnel :

Adresse e-mail privée :

Adresse e-mail professionnelle :

Cotisation 2017 : 150 €

Je déclare sur l'honneur adhérer sans condition à la charte de la société, être assuré en responsabilité civile concernant ma pratique de l'ostéopathie, et m'engage à respecter les obligations légales en matière de formation continue.

Fait à, le/...../2017

Nom en toute lettre, signature.

A renvoyer par courrier au secrétariat : Avenue de la Station 1 à 4130 ESNEUX à l'attention de Vincent Philippart de Foy.