



Association de Médecines Complémentaires Vétérinaires
A.M.C.V.

Formulaire Membre Actif

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tel :

E mail

Adresse professionnelle (si différente de celle renseignée ci-dessus) :

Adresse :

Code Postal

Ville

Tel

E mail :

Par la présente je sou mets mon adhésion à l'AMCV® afin de devenir Membre Actif.

J'ai pris connaissance et accepte les statuts de l'AMCV®. Je joins à mon adhésion une copie de mon diplôme vétérinaire. Ou un justificatif de mon statut d'étudiant vétérinaire.

Je m'engage à régler les cotisations annuelles de 40 €.

- Par virement bancaire
 - IBAN : FR76 3008 7336 0700 0204 8140 105
 - BIC : CMCIFRPP
- Par chèque à l'ordre de l'AMCV

Je souhaite être inscrit à l'annuaire AMCV avec les pratiques suivantes :

- Acupuncture
- Ostéopathie
- Pharmacopée alternative

- Homéopathie
- Physiothérapie
- Hydrothérapie
- Autres (précisez) :

Je certifie sur l'honneur pratiquer les domaines renseignés ci dessus.

Date et signature :