

# Demande d'adhésion

Titre:             Madame             Monsieur

Nom:            ..... Fax privé:            .....

Prénom:        ..... Mobile :            .....

Rue, No.\*      ..... Email:            .....

NPA, Localité:\* ..... Website :\*\* .....  
 Tél. prof.:     ..... Date de naissance: .....  
 Fax prof.:     ..... Nationalité:        .....

Tél. Privé:     ..... Langue:             d         f         i

\* Pour les physiothérapeutes indépendants, c'est l'adresse du cabinet qui fait foi.  
 \*\* Les sites web personnels de physiothérapeutes indépendants sont mis en lien sous Recherche de thérapeutes sur le site web de l'Association Suisse de Physiothérapie www.physioswiss.ch. L'Association Suisse de Physiothérapie ne tolère pas de liens avec des contenus illicites ou de liens qui violent le règlement professionnel. L'Association Suisse de Physiothérapie se réserve le droit de supprimer de tels liens de sa banque de données.

**Qualité de membre:**

indépendant actif \*             salarié actif             junior             passif (n'exerçant pas)

\* Vous serez considéré comme un membre indépendant, dès le moment où vous aurez reçu un numéro de santésuisse

Indépendant depuis: ..... Numéro RCC / ZSR: .....

**Spécialité(e)s (que pour les indépendants)**

rhumatologie / méd. Physique    pédiatrie    orthopédie/traumatisme    sport         neurologie  
 méd. interne    dermatologie/angiologie         accouchement/gynécologie/urologie    gériatrie  
 psychiatrie    traitement à domicile

**Employeur:**    Institut de physio         Hôpital         Médecin         Ecole         Autre: .....

**HES filière physiothérapie:**

Nom: .....  
 NPA, Localité: ..... Pays: .....  
 Année d'obtention du diplôme: ..... Examiné par la CRS:     oui         non

Veillez joindre une **photocopie de votre diplôme**, de l'**enregistrement de la CRS** et de la **permission cantonale de cabinet** (seulement membres indépendants).

Avec votre signature, vous confirmez avoir pris connaissance des statuts et du règlement professionnel de l'Association Suisse de Physiothérapie.

Date: ..... Signature: .....

**Dispositions sur la protection des données**

Les données relatives à votre adresse peuvent être transmises aux personnes intéressées pour des affaires professionnelles, qui ne contredisent pas les intérêts de l'association

Admis(e) dans l'association cantonale de: ..... Date: ..... Paraphe: .....