



**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADHESION**

Nom du pays: .....

Nom de l'Association / Fédération : .....

Adresse: .....

Rue: .....

Ville: État / Province / Canton: .....

Code postal: .....

Pays: .....

Téléphone: .....

Courriel: .....

Site Web: .....

Contacts de responsable :

Nom : .....

Email : .....

Président : .....

Vice-Président : .....

Secrétaire/Trésorier: .....

Nombre actuel de membres : .....

Souhaite formellement adhérer à la FEDERATION AFRICAINE DES NATUROPATHES en tant que membre à part entière.

**1 - Veuillez vérifier ce qui suit et confirmer que votre organisation s'engage à respecter les directives de bonne conduite**

A lu et accepte l'énoncé de mission de la FAN.

- A des membres votants qui sont principalement naturopathes, naturopathes ou équivalents.
- Recommande les normes éducatives les plus élevées en naturopathie disponibles dans votre pays.
- N'est pas assujéti ou contrôlé par un bureau ou un organisme du gouvernement.
- S'engage à des niveaux de formation adaptés à la prestation des soins primaires dans son pays.
- S'engage à obtenir l'autorisation légale ou la réglementation dans son pays.
- S'engage à participer à la promotion de la naturopathie dans son pays.
- S'engage à représenter la Fédération Africaine des Naturopathes au sein de son Association/Fédération
- S'engage à respecter le règlement intérieur et la code éthique de la Fédération Africaine des Naturopathes.

**2 - Montant du paiement:**

L'adhésion est de 80 euro par ans.

Dès réception de votre demande, nous vous enverrons une facture, ainsi que tous les documents règlement intérieur, code éthique. La Fédération Africaine des Naturopathes s'engage à vous soutenir et vous représenter.

**Mode de paiement:**

Veuillez cocher la méthode de paiement que vous souhaitez utiliser:

Par Western Union : Une demande de courrier électronique vous sera envoyée dès réception de cette demande.

PayPal : directement en ligne sur notre site

Banque / virement bancaire: Un document vous sera envoyé avec les détails.

S'il vous plaît faire vérifier / check out à la Fédération Africaine des Naturopathes

Vérification par courrier à la Fédération Africaine des Naturopathes

63 Avenue Marechal de Lattre de Tassigny – 71360 La Drée - Epinac

Au nom de l'Association/Fédération, je reconnais que nous continuons à satisfaire aux critères d'adhésion en tant que membre à part entière de la Fédération Africaine des Naturopathes.

Je déclare en outre que l'Association / Fédération représente la majorité des naturopathes / médecins naturelles dans le pays.

Fait à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20\_\_

Signature:

Signé pour et au nom de l'Association / Fédération par:

*Veuillez inscrire le nom et le titre.*