



Association des Praticiens en NeuroIntégration®

BULLETIN D'ADHÉSION 2021

(première adhésion)

Je soussigné(e) :

Nom : Prénom :

Raison sociale :

N° Siret ou N° Association :

Adresse professionnelle :

Code postal : Ville :

Mail :

Téléphone 1 : Téléphone 2 :

Site Internet

- Souhaite adhérer à l'APNI pour l'année 2021
- Déclare avoir pris connaissance des statuts de l'association et de son règlement intérieur
- M'engage à respecter toutes les obligations d'adhérent qui y figurent
- Règle ma cotisation :

Par virement sur le compte bancaire de l'APNI, dont les coordonnées sont les suivantes :

Crédit Agricole Sud Rhône-Alpes [BIC : AGRIFRPP839]

IBAN : FR76 1390 6000 5385 0405 0893 272

Dans la catégorie suivante :

Praticien(ne) certifié(e) : 35 €

Stagiaire : 20 €

Concernant l'annuaire des praticiens en NeuroIntégration® :

Souhaite y figurer avec les informations ci-dessus

Ne souhaite pas y figurer

Fait à

Le

Signature