



Association des Praticiens en NeuroIntégration®

## BULLETIN D'ADHÉSION 2022

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 2022
- 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 :

Uniquement 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) ..... : 25 €
- Stagiaire ..... : 15 €

Concernant l'annuaire des praticiens en NeuroIntégration® :

- Souhaite y figurer avec les informations ci-dessus
- Ne souhaite pas y figurer

Fait à ..... Le .....

Signature :