**BULLETIN D’ADHESION 2021**

Pour adhérer à l'APHN, merci de retourner le coupon réponse ci-dessous, accompagné de votre chèque à l’ordre de l’APHN à l'adresse suivante :

**APHN – Pierre Jarrige, 11 rue Parmentier,95 120 ERMONT**

**Montant de la cotisation 2020:**

**32€** pourles anciens élèves des écoles agréées FENA n’exerçant pas l’activité de naturopathe / nom de l’école :

**40 €** pour les praticiens de santé, hygiénistes, naturopathes libéraux issus d’une école agréée FENA / nom de l’école :

**20€** pour les conjoints sympathisants

**90 €** pour Centres d’hygiène ou Ecole agréée FENA

 **Dons** : …………. €

 **25.20 €** Adhésion ¨pour 3 ans au contrat collectif APHN avec la **Chambre Nationale des Praticiens de la Médiation CNPM**

déjà adhérent à la CNPM , date :

 Je souhaite apparaître sur la liste des Naturopathes de l’APHN sous réserve de l’agrément du bureau (je joins le certificat de l’école agréée LA FENA, N° de SIRET ou

 N° d’Auto Entreprise et attestation d’assurance professionnelle)

**Cette cotisation annuelle est assimilable à un don. Vous recevrez un reçu fiscal vous faisant bénéficier d’une réduction d’impôt sur le revenu de 66%.**

**Nom ...................................................... Prénom................................................................**

**Ou STRUCTURE :…………………………………………………………………………………….**

**Adresse ..............................................................................................................................**

**.............................................................................................................................................**

**Code Postal ........................................ Ville ......................................................................**

**Pays .....................................................**

**Tél. fixe ............................................... Tél. mobile............................................................**

**E-mail ...............................................@.............................................**

**Site WEB :**

Vos coordonnées nous sont indispensables pour vous envoyer votre reçu fiscal.

Vous nous autorisez à utiliser votre adresse email pour vous adresser les informations relatives à l’APHN. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données vous concernant. Pour exercer ce droit, envoyez un mail à : asso.aphn@gmail.com

Fait à .................................................... Le .........................................................................

Signature