



Union Française des Professionnels de Médecine Traditionnelle Chinoise

AUTRES PRATICIENS

(les bulletins d'adhésions de tous les collèges sont téléchargeables sur notre site www.ufpmtc.fr)

Nom : Prénom:

Date de Naissance:

J'adhère à l'Union Française des Professionnels de Médecine Traditionnelle Chinoise et désire être affilié(e)

au collège AUTRES PRATICIENS : 260 €

Adhésion annuelle du 1 janvier au 31 décembre 2018

Règlement par chèque au nom de l'UFPMTC, à envoyer à UFPMTC, BP.60055 - 31802 Saint Gaudens Cedex

Adresse de Correspondance :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél : Email :

FaceBook : Suivez nous notre page FaceBook « ufpmtc Médecine Chinoise »

Mieux se connaître :

Votre pratique :

Pratiquez vous votre activité de Praticien en MTC à temps plein : OUI NON

Si NON dans quel autre domaine d'activité travaillez vous ? :

Quelle est votre formation d'origine ?

Avez-vous dans votre pratique de la MTC une orientation particulière ?* :

.....
.....

*exemples : Chronoacupuncture – cancérologie – pédiatrie

Votre formation continue

Il est demandé à tout praticien, pour maintenir son niveau de compétence, d'effectuer un minimum de 15h de formation continue par an (ou 30h validées sur 2 ans, ou 45h validées sur 3 ans).

☉ Nombre d'heures de formation continue suivies en 2017 : (**Joindre les attestations**)

Titre de la formation	Nom de l'organisme de formation	heures de formation	Diplôme obtenu
.....
.....

Signature.....



Union Française des Professionnels de Médecine Traditionnelle Chinoise

AUTRES PRATICIENS

(les bulletins d'adhésions de tous les collèges sont téléchargeables sur notre site www.ufpmtc.fr)

- Je suis titulaire du certificat de premiers secours (PSC1) obtenu en (année) (copie si obtenu en 2017)
- Je ne suis pas titulaire du certificat de premiers secours (PSC1) et je m'engage à obtenir ce certificat dans les 6 mois qui suivent cette demande d'adhésion

Votre communication professionnelle :

J'autorise OUI NON L'UFPMTC à faire figurer mes coordonnées sur une liste de praticiens de Médecine Traditionnelle Chinoise (support papier et/ou informatique) et à fournir à toute personne souhaitant consulter un thérapeute de Médecine Traditionnelle Chinoise les renseignements professionnels me concernant.

1^{er} cabinet : code postalville

Téléphones : fixe.....mobile

2^{ème} cabinet : code postalville

Téléphones : fixe.....mobile

E-mail :

J'autorise OUI NON L'UFPMTC à faire figurer mes activités :

Acupuncture oui non / Pharmacopée oui non / Tuina oui non

Qi Gong thérapeutique oui non / Diétothérapie oui non

Seuls les renseignements repris dans ce cadre figureront à côté de votre nom sur la liste des praticiens de MTC

En tant que praticien, je déclare sur l'honneur :

être à jour de mes cotisations sociales,

être assuré(e) en RCP auprès de la société d'assurance.....

être déclaré(e)

en profession libérale : code APE.....Siret

ou dans le cadre d'une association déclarée en Préfecture et portant le nom.....

ou en portage salarial auprès de la société.....

L'inscription sur les listes gérées par l'UFPMTC est conditionnée par la signature du Code de déontologie par le praticien de MTC. Elle n'est pas automatique et reste soumise à l'approbation du Conseil d'Administration. Celui-ci prend sa décision en fonction des informations qui lui sont fournies et se réserve le droit de demander au praticien de MTC des renseignements complémentaires. Cette décision est motivée et transmise à l'intéressé(e). La liste est périodiquement remise à jour. Le maintien des coordonnées d'un praticien de MTC est subordonné au renouvellement annuel de son adhésion.

Il est entendu que je peux à tout moment demander à consulter et à modifier les renseignements me concernant et figurant dans le fichier des thérapeutes en MTC. L'UFPMTC & la CFMTC sont seules destinataires de ces données (article 27 de la loi « Informatique et liberté » du 06/01/1978).

Fait à le Signature (obligatoire)