

FORMULAIRE D'ADHÉSION

Profmed

CE FORMULAIRE EST À ENVOYER À L'ADRESSE MAIL : INFO@PROFMED.CH

DONNÉES RELATIVES À L'ADHÉRENT

Nom Prénom _____

Date de naissance _____

Adresse e-mail (nous permettant de vous transmettre des données confidentielles)

ADRESSE DE CORRESPONDANCE

Rue, Numéro _____

Case postale _____

NPA, Localité _____

DONNÉES RELATIVES À L'ENTREPRISE

Raison sociale de la société _____

Forme juridique _____

Profession / Domaine d'activité (spécialité) _____

Site internet _____

Inscription au Registre du Commerce _____

DONNÉES BANCAIRES

Banque Poste IBAN (max. 34 chiffres) _____

Nom de la banque _____ NPA, Ville _____

Titulaire du compte _____

SIGNATURE

En cochant cette case, je reconnais avoir pris connaissance des conditions de règlement et renouvellement de l'adhésion et m'engage à respecter les règles définies dans les Statuts de l'Association Profmed.

Entreprise : cotisation annuelle de CHF 100.- } Cotisation à régler par virement, en tant

Indépendant : cotisation annuelle de CHF 50.- } que membre adhérent à l'Association.

Elle couvre la période allant du 1er janvier au 31 décembre de chaque année. Les membres de l'Association s'engagent à verser le montant de leur cotisation à réception de facture.

Le renouvellement de l'adhésion se fait chaque année par tacite reconduction, sauf dénonciation signifiée par écrit, avant le 1er octobre de l'année en cours ou cas de force majeure telle que décrit dans les Statuts. Faute de dénonciation, la cotisation de l'année en cours sera exigible.

Veuillez effectuer le versement dans les 30 jours à l'adresse de paiement suivante :

UBS Switzerland AG
Case postale, 1002 Lausanne
CH52 0024 3243 1050 5501 T

Lieu et date

Timbre et signature