

# FORMULAIRE D'ADHÉSION

**Profmed**

CE FORMULAIRE EST À ENVOYER À L'ADRESSE MAIL : [INFO@PROFMED.CH](mailto: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