



L'Association des Kinésithérapeutes Pédiatriques du Territoire Normand

DEMANDE D'ADHESION

A retourner complétée par le Kinésithérapeute :

Par mail :
contact.lakptn@gmail.com

Par courrier :
3 rue Carl Linus Pauling
76130 Mont Saint Aignan

Formulaire en ligne :
www.lakptn.fr

Cette adhésion est reconductible automatiquement chaque année, sous réserve du règlement de la cotisation.

Identification du Professionnel

Nom : Prénom : Date de Naissance :

Activité : Nom de la structure : Rue :
Code Postal : Ville :

Téléphone Professionnel (à indiquer au public) :

Téléphone Personnel (Facultatif) :

- Utilisable librement entre professionnels
 Uniquement en cas d'Urgence par les membres du Bureau

Email :

Site internet Professionnel :

Activité professionnelle : Au cabinet A domicile et sur lieu de garde

Je, soussigné déclare demander l'adhésion à L'AKPTN, m'engage à en respecter le Règlement Intérieur, et à régler la cotisation de 30€.

Date :

Signature du Professionnel :

Moyen de Paiement

Chèque à l'ordre de L'AKPTN
à envoyer au 3 rue Carl Linus Pauling
76130 Mont Saint Aignan

Virement bancaire (indiquer Nom, Prénom
et Ville d'exercice dans l'intitulé du
virement – IBAN **FR47 3000 2083 0000**
0070 8512 M33 Code B.I.C. **CRLYFRPP**)

A réception de ce bulletin, nous vous transmettrons par email une Fiche de Renseignement à compléter.

Votre inscription sera enregistrée à réception de cette fiche et du règlement.