



Formulaire d'inscription – Membre ordinaire SAMT

Cher futur membre de la SAMT

Nous vous remercions vivement de votre intérêt pour une adhésion à la SAMT. Veuillez remplir entièrement ce formulaire et nous le renvoyer afin que nous puissions vous enregistrer correctement dans la base de données interne de la SAMT.

Détails de la personne

Dans ce formulaire, veuillez nous transmettre votre adresse privée et veuillez nous informer de tout changement d'adresse.

Nom:

Prénom:

Adresse:

N° postal / Lieu:

Canton:

No de téléphone:

E-Mail:

connaissances linguistiques:

Je souhaite m'abonner à la revue « Manuelle Medizin »* (4 numéros par an, accès électronique inclus) :

Oui Non

Remarque: Cotisation de membre avec le journal : 210.- CHF, sans le journal: 125.- CHF

*(Le journal n'est disponible qu'en allemand)

Avez-vous terminé le CAS en thérapie manuelle (Basic ou Advanced) à la HESB ?

Oui Non

Pour toutes les personnes qui ont suivi un CAS „Basic“ ou „Advanced“ de la SAMT, la cotisation de la première année est offerte. Une fois la première année écoulée, si vous ne souhaitez plus être membre de la SAMT-SSTM, vous devez le transmettre par écrit au secrétariat. Si vous ne le faites pas, votre adhésion continue automatiquement et la cotisation annuelle vous sera facturée. Le journal «Manuelle Medizin», qui paraît 4x par année, peut être obtenu pour CHF 85.- lors de votre 1ère année „offerte“.

Date: _____

Signature: _____



Détails pour le registre des thérapeutes de la page internet de la SAMT

Le registre des thérapeutes permet aux médecins et aux patients de trouver des physiothérapeutes de la SAMT. Nous vous prions de compléter ce document en mentionnant l'adresse du cabinet/du lieu de travail où vous exercez. Cette adresse sera publiée sur le site de la SAMT.

Après examen de vos données, nous pourrons décider si une inscription dans le répertoire est possible.

Pour cela, nous avons besoin d'informations sur votre formation initiale et continue dans le domaine de la thérapie manuelle ainsi que des diplômes correspondants.

Nom du cabinet / Lieu de travail

Adresse:

N° postal / Lieu

Canton:

No de téléphone:

E-Mail:

Site internet:

Mon éducation

Veillez cocher tous les diplômes qui s'appliquent :

Mobilisation sans impulsion / MSI

Mobilisation avec impulsion / MAI

CAS thérapie manuelle Basic

CAS thérapie manuelle Advanced

GAMT

OMT

Maitland, quel niveau: _____

Autres formations ou formations continues dans le domaine de la thérapie manuelle :

Master/MAS of:

MSc: _____

MAS: _____