

FORMULAIRE D'ADHÉSION

FÉDÉRATION DES MÉDECINES ALTERNATIVES

CODE DÉONTOLOGIQUE

1. Un membre doit se conformer au code déontologique de la FMA.
2. La cotisation est payable à la date anniversaire de votre adhésion chaque année. Un membre a 30 jours pour payer sa cotisation. Après ce délai, si aucun arrangement n'est consenti entre les deux parties, le dossier du membre sera fermé et il perdra ainsi tous ses privilèges.
3. Les commandes de reçus et autres doivent être payées dans les 30 jours suivant la réception de celles-ci. Dans le cas contraire, le membre n'aura plus de crédit et devra envoyer un chèque avec sa commande. Des frais de retard de 2% s'appliqueront.
4. Un membre se doit de faire son changement d'adresse ou de numéro de téléphone au besoin. La FMA ne le cherchera pas.
5. Un membre ne doit pratiquer que la discipline pour laquelle il est diplômé. L'assurance professionnelle ne couvre pas un acte pour lequel un thérapeute n'est pas certifié et le client ne sera pas remboursé pour le traitement.
6. Le certificat doit être affiché à la vue du public.

Un membre perd son titre de membre :

1. Par le non-suivi du dossier ; changement d'adresse, téléphone, courriel, numéro de carte de crédit (pour ceux qui font des versements mensuels).
2. Les membres ainsi que les compagnies d'assurance seront informés de toute radiation. La FMA se réserve le droit d'employer d'autres moyens afin de rendre publique la radiation.

Un membre radié n'a plus le droit aux privilèges de la FMA.

Le certificat et la carte de membre demeurent la propriété de la FMA et doivent nous être remis au moment de la radiation, de la démission ou de la fermeture du dossier. Des frais de 75,00 \$ s'appliqueront pour le certificat qui ne sera pas retourné dans les 30 jours suivant la radiation, fermeture du dossier, suspension ou démission.

Je comprends que d'autres règles peuvent s'ajouter et je m'engage à les respecter aussitôt informé.

Je comprends le contenu de ces règlements et je m'engage par la présente à les respecter sous peine de sanction.

Date

Signature

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom

Prénom

Numéro d'assurance sociale

Date de naissance

Lieu de naissance

Langues parlées

Adresse domicile

Ville

Province

Code Postal

Adresse d'affaires (si différente de l'adresse domicile)

Ville

Province

Code Postal

Téléphone domicile

Téléphone bureau

Téléphone cellulaire

Télé-avertisseur

Télécopieur

Courriel

Site web

Sexe : Masculin Féminin

Êtes-vous membre d'une autre association? Oui Non

Si oui, le nom et le numéro de membre

Comment avez-vous découvert la FMA?

Faites-vous des visites à domicile? Oui Non

Effectuez-vous des traitements en entreprise? Oui Non

Travaillez-vous avec les enfants? Oui Non

Travaillez-vous avec les adolescents? Oui Non

Participeriez-vous à des ateliers causerie? Oui Non

Seriez-vous intéresser à écrire des articles? Oui Non

Avez-vous un casier judiciaire? Oui Non

Si oui, qu'elle était l'infraction? Et en quelle année?

Avez-vous déjà été suspendu ou radié d'un organisme ou ordre professionnel? Oui Non

Si oui, spécifiez les raisons ainsi que l'année?

PROFESSION ET SPÉCIALITÉ

- | | |
|-------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Massothérapie | <input type="checkbox"/> Réflexologue |
| <input type="checkbox"/> Naturopathie | <input type="checkbox"/> Accupression |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute | <input type="checkbox"/> Aromathérapie |
| <input type="checkbox"/> Homéopathe | <input type="checkbox"/> Reiki |
| <input type="checkbox"/> Acupuncteur | <input type="checkbox"/> Digipunctre |
| <input type="checkbox"/> Naturothérapeute | <input type="checkbox"/> Massothérapie |
| <input type="checkbox"/> Kinésiologue | |

Autres

JE CHOISIS DE PAYER EN UN SEUL VERSEMENT (1 AN)

- 25,00 \$ pour ouverture de dossier
 168,00 \$ pour cotisation d'un an

TOTAL

- Payé comptant / Mandat-poste
 Payé par chèque
 Carte de crédit VISA
 Carte de crédit MASTERCARD
 Carte de crédit AMERICAN EXPRESS

Numéro de carte de crédit

Nom du titulaire de la carte

Date d'expiration

Date d'entrée en vigueur

JE CHOISIS DE PAYER EN UN SEUL VERSEMENT (2 ANS)

- 25,00 \$ pour ouverture de dossier
 308,00 \$ pour cotisation de deux ans

TOTAL

- Payé comptant / Mandat-poste
 Payé par chèque
 Carte de crédit VISA
 Carte de crédit MASTERCARD
 Carte de crédit AMERICAN EXPRESS

Numéro de carte de crédit

Nom du titulaire de la carte

Date d'expiration

Date d'entrée en vigueur

JE CHOISIS DE PAYER EN 12 VERSEMENTS (1 AN)

- 25,00 \$ pour ouverture de dossier
 14,00 \$ pour le premier versement de la cotisation
(Les 11 autres versements seront prélevés automatiquement)

TOTAL

- Carte de crédit VISA
 Carte de crédit MASTERCARD
 Carte de crédit AMERICAN EXPRESS

Numéro de carte de crédit

Nom du titulaire de la carte

Date d'expiration

Date d'entrée en vigueur

Je soussigné, déclare : Avoir lu et compris les termes de ma demande d'admission ; Être le requérant et que les informations contenues dans ma demande d'admission sont exactes et véridiques ; Affirme que tous les diplômes, certificats, attestations, documents, et informations fournis à la FMA sont véridiques. Affirme comprendre le contenu du code de déontologie de la Fédération des Médecines Alternatives et accepte de me conformer aux règlements de ce code et envers les règlements de la dite Fédération. Consens, d'une façon libre et manifeste, à ce que la FMA consigne dans un dossier tous les renseignements que lui transmettrai, d'une façon écrite, orale, informatisée ou autres. Reconnais que les documents ou certificats d'appartenance, déclarations du praticien traitant sont la propriété de la FMA. Ainsi, advenant, pour quelles que soient les raisons, que je ne sois plus membre, je m'engage obligatoirement dans les 10 jours de l'annulation de mon statut de membre, à retourner au siège social le/les certificat(s), les déclarations du praticien traitant ou toutes autres documentations demandées par la direction de la FMA. J'autorise à transmettre au grand public (pour référence seulement) ou aux demandeurs (assureurs, police), les informations relatives à mon dossier. Il est entendu que ces renseignements demeurent confidentiels.

Date

Signature

* Les frais d'ouverture de dossier ne sont pas remboursables.

* Si vous êtes déjà membre d'une association, contactez la FMA pour valider la pertinence de l'examen.