



BULLETIN D'ADHÉSION

Civilité * / Nom usuel * :

Prénom * :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Formation initiale :

☐ J'ai lu, accepte et agréé les statuts, le règlement intérieur et le code de déontologie du SFPHI.

☐ JE SOUHAITE RECEVOIR DES INFORMATIONS DU SFPHI.

Courriel * :

Adresse complète * :

Complément* :

Code postal * :

Pays * :

Téléphone* :

MODE D'EXERCICE ACTUEL* :

Libéral - Mixte - Salarié / Ville* :

*Les informations recueillies sont nécessaires à votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat du SFPHI, immatriculé à la ville de Paris sous le numéro 20180071 et à la Préfecture de Paris sous le numéro 21494. En application des articles 39 et s. de la loi du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement européen n°2016/679/UE dit RGPD du 27/04/2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification ou de suppression des informations qui vous concernent, pour cela merci de vous adresser au SFPHI, 66, Avenue des Champs Élysées, Lot 41, 75008 Paris ou contact.SFPHI@gmail.com.

J'ENVOIE MON BULLETIN D'ADHÉSION À :

SFPHI

66, Avenue des Champs Élysées, Lot 41
75008 PARIS

PRIX ANNUEL POUR 2020*

- ☐ Praticien en Hypnose Intégrative® et/ou en Recognition Intégrative® : 90 Euros.
- ☐ Opérateur en Hypnose Flash® et/ou en Hypnose Intégrative® : 50 Euros.

* Pour les aspects juridiques, un mois de délai de carence s'applique aux nouveaux adhérents la première année.

JE PAYE MA COTISATION POUR L'ANNÉE 2020

☐ PAIEMENT EN LIGNE

[Cliquez ICI >>>](#)

☐ VIREMENT BANCAIRE

BANQUE CMT

IBAN / FR76 1715 0830 0202 2545 0030 065

BIC-SEPA / BIC CCUTFR21

Date : _____

Signature précédée en lettres manuscrites de « Lu et approuvé » : _____

« Tous ensemble pour l'Hypnose Intégrative® »