



**FEDERATION NATIONALE  
DE MEDECINE  
TRADITIONNELLE CHINOISE**

N° SIRET 448 792 325 000 20

**Bulletin Affiliation F.N.M.T.C.**

*Etudiants*

Nom : ..... Prénom : ..... Né-e le : .....

Adresse : .....

.....

Tel : ..... Fax : ..... Portable : ..... E Mail : .....

*Cadre réservé à la FNMT*

N° d'enregistrement :

Affilié-e le :

Formation médicale ou para-médicale :  non  oui : laquelle ? .....

Activité professionnelle actuelle : .....

Ecole fréquentée (en MTC) : ..... Année : .....

Règlement effectué par :  Chèque bancaire  Espèces  Virement

Date : ..... N° de pièce : ..... Montant : **35€**

En cas de règlement par **chèque**, le faire à l'ordre de la FNMT

**Je joins à la présente, en sus du règlement, 1 photo d'identité (inscrire le nom au dos).**

J'autorise l'utilisation de ces informations pour l'établissement du Fichier FNMT.

Fait à : ..... le : ..... **Signature**

**Ce document est à transmettre à votre école avec les pièces nécessaires**

*Conformément à la Loi Informatique et Liberté du 06 01 1978 relative aux fichiers informatisés, l'adhérent peut demander à la FNMT la communication des informations le concernant.*