



# AVIS DE COTISATION 2023 - 2024

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Téléphone Maison : ( \_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Bur./ Cell. : ( \_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Numéro de carte de membre : \_\_\_\_\_

Nom du professeur : \_\_\_\_\_

Coût de la carte de membre A.N.R.Q. : **135\$**

Pratiquez-vous la réflexologie ? Oui  Temps partiel  Non

Faites-vous partie d'une association de médecine douce ? Oui  Non

Laquelle ? \_\_\_\_\_

Quelle est votre adresse courriel ? \_\_\_\_\_

Avez-vous suivi de nouvelles formations ? Si oui. Lesquelles \_\_\_\_\_

Je joins une copie de mon (mes) attestation(s) au nombre de

## FACTURATION

Cotisation A.N.R.Q. 2023-2024 membre Certifié 135 \$	
Cotisation A.N.R.Q. 2023-2024 membre Solidaire 60 \$ (Conjoint, ami, client)	
CI-JOINT UN CHÈQUE POUR LE MONTANT DE : <input type="checkbox"/>	
OU VIREMENT BANCAIRE AU MONTANT DE : <input type="checkbox"/>	

### **IMPORTANT :**

RETOURNEZ le formulaire complété à :

ANRQ, 991, rue Champflour, local 215 Trois-Rivières (QC) G9A 1Z8