



## **Demande d'adhésion à *Soins Psy Sans Frontières***

---

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Genre : M      F

Nationalité :

Rue :

NPA/Lieu :

Pays :

Tél. :

Mobile :

Email :

Website :

Profession :

Institution :

Par ma signature, je confirme l'exactitude de toutes les indications données. Je confirme en outre avoir lu l'ordre la charte de **SPSF** et m'y conformer.

Lieu, date :

Signature :

Les informations personnelles sont traitées de manière strictement confidentielle.

Le formulaire rempli est à envoyer par courrier ou par courriel à :

[contact@soinspsysansfrontiere.org](mailto:contact@soinspsysansfrontiere.org)

### **Cotisation**

La cotisation annuelle :

- 50 chf pour un membre individuel.
- 150 chf pour un membre collectif (association, fondation, entreprise, etc.).