



Bulletin d'adhésion 2024

COORDONNÉES

Nom Pénom
Date de naissance
Adresse
CP Ville
Téléphone Email

FORMATION

Année d'obtention du ou des brevet(s) :

Clinique
Gestion

EMPLOYEUR ACTUEL et lieu de travail , canton

Employée comme CMA ? Oui Non

TYPE D'ADHÉSION :

Membre active Membre bienfaiteur
 Membre passive Membre d'honneur

Je confirme avoir lu et pris connaissance des statuts de l'ACMA :

La définition du type de membre et le prix de la cotisation annuelle s'y reportant sont décrits dans les statuts que vous trouverez sur notre site internet.

Pour valider votre demande d'adhésion, merci de

1) JOINDRE 1 copie de votre ou vos diplôme(s) du BF

2) CONFIRMER avoir pris connaissance et accepté les statuts de l'association (sur site internet)

3) imprimer, signer et scanner cette fiche et la renvoyer avec votre BF à l'adresse mail suivante :
secretariat@association-cma.ch

Signature et date :