



**BULLETIN DE CANDIDATURE**

**ADHESION CONSULTANT**

NOM   
PRENOM

***Vos coordonnées personnelles (obligatoire) :***

ADRESSE POSTALE

CODE POSTAL

VILLE

PAYS France -

Tel. fixe

Tel. Portable

ADRESSE MAIL

@

Date de Naissance

Lieu de naissance

Profession

**Les coordonnées de votre praticien (facultatif) :**

NOM

VILLE

PAYS France -

Je, soussigné \_\_\_\_\_, sollicite mon adhésion à l'UFPMTJ et je joins à cette demande :

- ce dossier d'inscription entièrement rempli (2 pages)
- le règlement de votre cotisation (60€) par chèque à l'ordre de UFPMTJ

Merci d'adresser ce dossier complet à : UFPMTJ/adhésion - 3, rue Bargue - 75015 Paris – France  
Seuls les dossiers complets seront examinés. La commission d'admission examinera votre dossier et vous adressera sa réponse dans un délai de 30 jours.

Date :   /   /

Signature obligatoire :