

Renseignements personnels :			
Civilité :	<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur	
Nom :	Prénom :		
Langue de correspondance :	<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Allemand	<input type="checkbox"/> Italien
Nationalité :	<input type="checkbox"/> CH	<input type="checkbox"/> EU	<input type="checkbox"/> Autre
Date de naissance :			

Adresse professionnelle :			
Nom du cabinet, du centre ou de la société (sera affichée sur Internet)			
Nom du cabinet :			
c/o :	Case Postale :		
Rue :	Canton :		
NPA :	Localité :	Pays :	
Tél. :	Mobile :	Fax :	
E-mail :	Site internet :		

Adresse de correspondance :			
Seulement si différente de l'adresse professionnelle (ne sera pas affichée sur Internet)			
Rue :			Canton :
NPA :	Localité :	Pays :	
Tél. :	Mobile :		
E-mail :	Fax :		

Adresse du cabinet secondaire :			
Nom du cabinet, du centre ou de la société (sera affichée sur Internet)			
Nom du cabinet :			
Rue :			Canton :
NPA :	Localité :	Pays :	
Tél. :	Mobile :	Fax :	
E-mail :	Site Internet :		

Affichage du cabinet, du centre ou de la société sur Internet :	
Si vous le désirez, vous pourrez figurer sur les Pages-vertes de NaturoCall, gratuitement, en tant que membre de la permanence NaturoCall	
Cabinet, centre, société principale	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Cabinet, centre, société secondaire	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Conditions d'admissions pour les futurs membres :	
Pour être admis en tant que membre à la Permanence NaturoCall, il faut être agréé soit : ASCA, APTN, NVS, RME ou d'autre association professionnelle	
Avez-vous une agrégation ASCA ? Si OUI, No RCC-ASCA : (veuillez joindre une copie de cette agrégation à votre dossier)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous une agrégation APTN ? Si OUI, No RCC-APTN : (veuillez joindre une copie de cette agrégation à votre dossier)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous une agrégation NVS ? Si OUI, No RCC-NVS : (veuillez joindre une copie de cette agrégation à votre dossier)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous une agrégation RME ? Si OUI, No RCC-RME : (veuillez joindre une copie de cette agrégation à votre dossier)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous une autorisation cantonale de pratique ? Si OUI, No du document : (veuillez joindre une copie de cette autorisation à votre dossier)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Etes-vous membre d'une association professionnelle ou d'autres organisations ? Si OUI, laquelle ? depuis quand : (veuillez joindre une copie de cette attestation à votre dossier)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Êtes-vous diplômé(e) de l'une des professions de la santé réglementée en Suisse ? Si OUI, laquelle et titre professionnel : (veuillez joindre une copie de votre diplôme à votre dossier)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Formation du 1^{er} cycle - médecine académique (min. 150h) :	
Est-ce que la formation de base du 1 ^{er} cycle (Anatomie - Physiologie - Pathologie) pour laquelle vous avez été formé(e) et diplômé(e), a été effectuée dans une école accréditée ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Si OUI, laquelle ?	Nbr d'heures :
Si votre réponse est NON , accepteriez-vous de passer un examen ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Formation du 2^{ème} cycle :				
Pour quelle(s) méthode(s) thérapeutique(s) être vous agréé(e) ?				
Discipline thérapeutique (selon Liste des méthodes)	Nombre d'heures	Nom de l'école	Ecole Accréditée ?	Diplomé jj.mm.aa
1.			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
2.			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
3.			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
4.			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
5.			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
6.			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
7.			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Si l'école n'est pas accréditée ASCA, APTN, NVS, RME, ou autre, veuillez nous adresser le programme de formation détaillé.

Formation du 3^{ème} cycle – médecine académique spécifique (min. 300 h) :	
La formation (approfondissement en Anatomie – Physiologie – Pathologie – Bilans – Anamnèses) pour laquelle vous avez été formé(e) et diplômé(e), a-t-elle été effectuée dans une école accréditée ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Si OUI, laquelle ?	Nbr d'heures :
Si votre réponse est NON , accepteriez-vous de passer un examen ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Langues de consultations :	
- Français :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
- Allemand :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
- Italien :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
- Anglais :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
- Autre :	

Disciplines thérapeutiques :		
Pour quelle(s) méthode(s) thérapeutique(s) selon votre agrégation, vous voulez être atteints comme membre de la Permanence NaturoCall ? et sur quel numéro de téléphone ou mobile ?		
- Naturopathie (IVR 1)	Tél. ou mobile :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
- Homéopathie (IVR 2)	Tél. ou mobile :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
- Biorésonance (IVR 3)	Tél. ou mobile :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
- Kinésiologie (IVR 4)	Tél. ou mobile :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
- Thérapies manuelles (IVR 5)	Tél. ou mobile :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Documents à procurer :
- La présente demande dûment complétée, datée et signée.
- Les copies des certificats et des diplômes obtenus ainsi que le détail de votre programme de formation avec attestation du nombre d'heures.
- Le cas échéant, une copie de votre autorisation de pratique.
- Un extrait du casier judiciaire récent (6 derniers mois).

Règlement des émoluments de la Permanence NaturoCall 2017
Le présent Règlement des émoluments de la Permanence NaturoCall (REPNC), fait partie intégrante des Conditions Générales NaturoCall.

<ol style="list-style-type: none"> Le thérapeute s'engage à verser les émoluments requis, conformément au Règlement des émoluments de la Permanence NaturoCall (REPNC), avant la mise en service sur le 0848 138 138 et la remise de son certificat de membre de la Permanence NaturoCall. En cas de démission anticipée du thérapeute, tous les montants versés par ce dernier restent acquis à la Permanence NaturoCall.
--

Tarifs des émoluments de la Permanence NaturoCall se définissent comme suit :		
Tarif annuel (quel que soit le nombre de disciplines thérapeutiques pratiquées)	CHF 220.-	Valable 1 année (12 mois)
Frais supplémentaires (enregistrement de nouvelles disciplines thérapeutiques en cours d'année)	CHF 30.-	Par discipline thérapeutique
Frais administratifs (frais pour tout autre rappel)	Gratuit	Pour le 1 ^{er} rappel
	CHF 20.-	Pour le 2 ^{ème} rappel
	CHF 30.-	Pour le 3 ^{ème} rappel

Dans le but d'adhérer au concept de la Permanence NaturoCall Suisse, je certifie par ma signature que les renseignements ci-dessus sont exacts et conformes à la vérité. De plus, je confirme par ma signature l'authenticité des données et des documents que je remets à la Permanence NaturoCall. Je confirme également avoir lu, compris et accepté tous les points mentionnés dans les chapitres des Conditions Générales NaturoCall (CGNC), ainsi que la Charte NaturoCall (CNC).

Lieu et date : Signature :

Permanence NaturoCall, Puidoux janvier 2018

Plateforme NaturoCall
 Ch. du Tolovaux 9
 CH-1070 Puidoux
 021 946 51 03
 info@naturocall.ch
 www.naturocall.ch