

Formulaire Adhésion à l'ATCCO

Année :



Nom*
Prénom*
Adresse personnelle
E-mail personnel (si contact souhaité sur celui-ci par l'ATCCO)
Fonction*
Spécialités (public et/ou pathologie)*
Adresse professionnelle*
Téléphone professionnel*
E-mail professionnel*
Adresse du site internet professionnel

*données nécessaires si une diffusion sur l'annuaire du site internet de l'association est souhaitée. **Soulignez l'adresse à laquelle vous souhaitez qu'on vous établisse la facture**

Je suis parrainé par :

Cotisation souhaitée : 45 euros ou plus.

J'ai validé une formation qualifiante dans les Thérapies Comportementales et Cognitives (D.U. ou formation AFTCC etc.). Merci de joindre les justificatifs.

☐ OUI

☐ NON

Pour les personnes ayant validé une formation qualifiante dans les Thérapies Comportementales et Cognitives, souhaitez-vous que votre identité et vos coordonnées professionnelles soient publiées dans l'annuaire du site internet de l'association ?*

☐ OUI

☐ NON

**Le responsable du fichier des données personnelles est le président de l'association. Figurant sur le site internet, nous ne pourrons pas vous assurer qu'elles ne soient pas utilisées par des tiers. Si vous donnez votre accord, ces données figureront ensuite sur le site internet le temps de votre adhésion, où jusqu'à ce que vous contactiez le président de l'association pour vous opposer à leur publication. A tout moment vous avez le droit d'accès, de rectification, d'interrogation et d'opposition à vos données et leur utilisation.*

Souhaitez-vous que votre identité et vos coordonnées professionnelles soient publiées dans l'annuaire du site internet de l'association, qui mentionne les membres qui n'ont pas validés de formations dans les TCC (dans le cas où un tel annuaire sera créé) ?*

☐ OUI

☐ NON

Date et Signature :

 RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE						
Identifiant national de compte bancaire - RIB						
Banque 10278	Guichet 36184	N° compte 00010199501	Clé 70	Devise EUR	Domiciliation CCM NANTES CATHEDRALE	
Identifiant international de compte bancaire						
IBAN (International Bank Account Number)				BIC (Bank Identifier Code)		
FR76	1027	8361	8400	0101	9950	170
Domiciliation CCM NANTES CATHEDRALE 3 PLACE SAINT PIERRE 44000 NANTES ☎ 02 51 88 67 74				Titulaire du compte (Account Owner) ASS THERAPIE COMPORTEMENTALE ET COGNITIVE DE L OUEST CHEZ M GONCALVES JORGE 21 RUE DES ROCHES GRISES 44300 NANTES		
Remettez ce relevé à tout autre organisme ayant besoin de connaître vos références bancaires pour la domiciliation de vos virements ou de prélèvements à votre compte. Vous éviterez ainsi des erreurs ou des retards d'exécution.				PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ		

**Le responsable du fichier des données personnelles est le président de l'association. Figurant sur le site internet, nous ne pourrions pas vous assurer qu'elles ne soient pas utilisées par des tiers. Si vous donnez votre accord, ces données figureront ensuite sur le site internet le temps de votre adhésion, où jusqu'à ce que vous contactiez le président de l'association pour vous opposer à leur publication. A tout moment vous avez le droit d'accès, de rectification, d'interrogation et d'opposition à vos données et leur utilisation.*