

INTERNE

(S.V.P. ne pas compléter)

Réception : 20.....

Documents annexés :

OK absents inadéquats

Paiement effectué le 20.....

Admission : oui non

Membre N° :

Remarque :

BULLETIN D'ADHESION À L'ARAM

à compléter en ligne, à imprimer, à signer et
à renvoyer par courrier postal à

ARAM
1003 Lausanne

Nom Nom de jeune fille

Prénom (s)

Rue **No**

No Postal **Localité** **Canton**

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

Tél. privé Natel

Courriel @

Profession actuelle Tél. prof.

CFC / diplôme de (profession)..... **obtenu en** (ou sera obtenu)

Ecole suivie (nom) à (lieu)..... durant années

♦ **Catégorie membre (à cocher selon critères) :**

- Membre ARAM (assistantes médicales **DFMS / CFC**) CHF 120.-
- Membre en formation **officielle** (apprentissage / Art.32) CHF 50.-
- Membre seniorita (assistantes médicales DFMS / CFC) CHF 48.-
- Membre associé avec CFC / diplôme (formation de **3 ans**) CHF 120.-
- Membre bienfaiteur dès CHF 140.- CHF 200.- CHF 300.- CHF 400.- CHF
- Membre-médecin ➔ Cabinet individuel CHF 190.-
 Cabinet de groupe (2-3 médecins) CHF 300.-
 Permanence / Laboratoire CHF 500.-
- Abonnement journal AMinfos (n'offre **pas le statut de membre**) CHF 52.-

♦ **Souhaitez-vous recevoir l' INFO LETTRE électronique** oui non

Remarque/proposition :

Lieu et date **Signature :**



Pour valider votre demande d'adhésion, merci de

- 1) JOINDRE** 1 copie CFC / diplôme (profession de base) et autres certificats (ex. brevet de radioprotection) *et/ou*, pour les personnes en formation, 1 copie contrat d'apprentissage
- 2) CONFIRMER** avoir pris connaissance et accepté les statuts de l'association
(à consulter sur le site : www.aram-vd.ch) : oui non