

## 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 Fichier  
Nicole Pasche  
Le Verger 1  
1053 Bretigny

**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](http://www.aram-vd.ch)) :  oui  non