



Formulaire d'adhésion praticien

Prénom ----- Nom-----

Nom commercial-----

Adresse-----

Code postal |_|_|_|_|_| Ville-----

Tél Mobile |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Courriel -----@-----

Spécialités -----

Siret----- Code APE-----

Je soussigné(e) Prénom----- Nom-----

Déclare adhérer à l'Association Arkhèpa, reconnaître l'objet de l'association et être en accord avec les droits et devoirs de ses membres. Je fournis les justificatifs ci-après par mail à secretariatarkhepa@gmail.com

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Carte Nationale d'Identité recto/verso | <input type="radio"/> Code éthique signé |
| <input type="radio"/> 1 photo (jpg ou png) (portrait en mode selfie) | <input type="radio"/> Protocole d'accord signé |
| <input type="radio"/> Attestation de l'INSEE | <input type="radio"/> Assurance Professionnelle (RC PRO) |

J'ai bien noté que cette adhésion est annuelle et sera renouvelée à date anniversaire.

Le montant de la cotisation est libre et à ce titre, je verse la somme de -----€

Virement

	Banque	Guichet	Numéro de compte	Clé
RIB FRANCE	13306	00974	23132181896	70
IBAN ETRANGER	FR76 1330 6009 7423 1321 8189 670			BIC AGRIFRPP833

Fait à ----- Le -----

Cachet du praticien

Signature du praticien précédée de la mention « Lu et approuvé »

Association Arkhèpa - 68 Rue Francis Planté - 40100 Dax

☎ : 0805 950 064 - ✉ arkhepa@gmail.com - 🌐 <https://arkhepa.fr>

Siret : 924 415 524 00017 - Code APE : 9609Z



Adhérent Praticien

Protocole d'accord

Prénom ----- **Nom**-----

Nom commercial-----

Spécialités -----

Siret----- Code APE -----

Je valide être en accord avec les dispositions suivantes :

- Je suis à la fois membre bénévole et partenaire actif de l'association Arkhèpa et ne perçois aucune rémunération ni indemnité de la part d'Arkhèpa.
- J'interviens dans la discipline pour laquelle je suis référencée au sein de l'association Arkhèpa.
- J'agis pour le compte de l'association Arkhèpa sur mon lieu de travail habituel : cabinet ou domicile
- Je gère mon planning librement et j'y intègre les rendez-vous des adhérents bénéficiaires de l'association Arkhèpa.
- J'encaisse, pour mon compte, le montant des séances prodiguées aux adhérents de l'association Arkhèpa.
- Le tarif des séances est fixé par l'association Arkhèpa, en fonction du revenu fiscal de référence du membre bénéficiaire.
- Je participe bénévolement et volontairement aux opérations menées par l'Association Arkhèpa.
- Je peux proposer un échange de pratique avec un autre praticien de l'association, ou lui proposer une remise de 20% sur mon tarif.
- Je peux en tant que praticien de l'association demander à être intégré comme bénéficiaire (un dossier bénéficiaire devra être demandé)

Fait à

Cachet du praticien

Le

Signature du praticien précédée de
la mention « Lu et approuvé »

Association Arkhèpa - 68 Rue Francis Planté – 40100 Dax

☎ : 0805 950 064 – ✉ arkhepa@gmail.com - 🌐 <https://arkhepa.fr>

Siret : 924 415 524 00017 – Code APE : 9609Z



Adhérent Praticien

Code d'éthique

Prénom ----- Nom-----

Nom commercial-----

Spécialités -----

Siret----- Code APE -----

Je valide être en accord avec les dispositions suivantes :

- Mes soins ne substituent en aucun cas à la médecine conventionnelle et ne remplacent nullement les traitements médicaux.
- Mes séances s'inscrivent parmi les techniques complémentaires d'accompagnement.
- Mes soins/mon accompagnement ne s'apparentent à aucun ordre religieux ou spirituel dogmatique.
- Je m'engage à ne faire aucune distinction ethnique, religieuse ou politique au sein de l'association Arkhèpa.
- Je déclare être en règle avec les lois et les règlements en vigueur dans le pays, aux niveaux juridique, administratif et fiscal.
- Je respecte le secret professionnel.
- Je n'émet aucun diagnostic.
- Je n'interfère jamais dans la relation entre le receveur et le corps médical et je dirige tout adhérent nécessitant des soins psychologiques ou médicaux vers un professionnel de santé adapté.
- Je pratique une communication honnête et transparente sur les médecins naturelles, complémentaires, sur leur nature, leur potentiel et leurs limites, ainsi que sur la durée et le déroulement de mes séances.
- Je n'exerce aucune pression, abus de pouvoir ou harcèlement, en quelque domaine que ce soit, sur les adhérents.

Fait à ----- Le -----

Cachet du praticien

Signature du praticien précédée de
la mention « Lu et approuvé »

Association Arkhèpa - 68 Rue Francis Planté – 40100 Dax

☎ : 0805 950 064 – ✉ arkhepa@gmail.com - 🌐 <https://arkhepa.fr>

Siret : 924 415 524 00017 – Code APE : 9609Z