



Demande d'autorisation

Nom : _____ Date de Naissance : ____/____/____

Adresse : _____ Ville : _____

Province : _____ Code postal : _____ Tél : ____-____-____

Adresse électronique: _____ Francophone : _____ Anglophone : _____

Nom du lieu de travail : _____

Adresse : _____ **Tél :** ____-____-____

Référé par : _____.

Moi _____, libre d'action, demande à recevoir les services de l'Agence pour Massothérapeutes et Intervenants en Santé Naturelle **AMIS-N** inc en tant que thérapeute autorisé. Je m'engage à respecter les règlements de l'agence **AMIS-N** inc et préserver la réputation et dignité de la profession et de l'agence **AMIS-N** inc. Ne respectant pas ces règlements, les dirigeants ont l'autorité de mettre fin à mon autorisation.

Signature : _____ Date : _____

Ville : _____

J'autorise **AMIS-N** inc à donner mon nom et n° de tél (perso) aux personnes intéressées. **OUI**____**NON**____

J'autorise **AMIS-N** inc à inscrire mon nom et n° de tél (perso) sur le site internet. **OUI**____**NON**____

- S.V.P. Inclure une copie de(s) diplôme(s) ou attestation(s).
- S.V.P. Faire **deux (2)** chèques payables à : **AMIS-N** inc un (1), au montant de **\$219.60** et un (1) de **\$63.24**
- Si, un chèque **sans provision** est émis, votre autorisation prendra fin immédiatement, sans possibilité de retour avant six mois. (un frais de \$30.00 sera exigé pour couvrir les frais bancaires)

Faire parvenir votre demande d'autorisation et/ou toute correspondance à l'adresse suivante :

1020 des Orpailleurs, Sherbrooke, Qc, J1H 0L1

Tél : 819-826-6224

www.amis-n.com

agence@amis-n.com