

AVIS DE COTISATION 2025 - 2026

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____

Code postal : _____ Date de naissance : _____

Téléphone Maison : (____) _____ Bur ./ Cell. : (____) _____

Numéro de carte de membre : _____

Nom du professeur : _____

Coût de la carte de membre A.N.R.Q. : **135\$**

Pratiquez-vous la réflexologie ? Oui ☐ Temps partiel ☐ Non ☐

Faites-vous partie d'une association de médecine douce ? Oui ☐ Non ☐

Laquelle ? _____

Quelle est votre adresse courriel ? _____

Avez-vous suivi de nouvelles formations ? Si oui. Lesquelles _____

Je joins une copie de mon (mes) attestation(s) au nombre de ☐

FACTURATION

Cotisation A.N.R.Q. 2025-2026 membre Certifié	135 \$	
Cotisation A.N.R.Q. 2025-2026 membre Solidaire (Conjoint, ami, client)	60 \$	
CI-JOINT UN CHÈQUE POUR LE MONTANT DE : ☐ OU VIREMENT BANCAIRE AU MONTANT DE : ☐ Pour virement Interac : question sécurité : pourquoi réponse : carte		

IMPORTANT : RETOURNEZ le formulaire complété à :

ANRQ, 991, rue Champflour, Trois-Rivières (QC) G9A 1Z8

Afin de répondre aux exigences de la loi 25 sur les renseignements personnels, nous conserverons vos documents pour une période de deux années d'exercice. Par la suite, ils seront détruits de manière sécuritaire.