

**Demande d'adhésion à l'Association Francophone du Trauma et de la Dissociation – AFTD 2020**

**Coûts pour la cotisation annuelle: 90 € par an** (étudiant -25 ans ,chômeur, retraité sur justificatifs et pays à niveau de revenu inférieur : 40 €)

Merci de faire le paiement de préférence par virement bancaire.

IBAN : [CH13 0900 0000 9166 0354 6](#) BIC : [POFICHBEXXX](#) Précisez votre nom sur l'espace « communication ».

Banque : Postfinance. A l'attention de l'AFTD. **PAS DE REGLEMENT PAR CHEQUE SVP**

En cas de difficulté, vous pouvez payer par Paypal ou carte de crédit sur ce site : [www.aftd.eu](http://www.aftd.eu)

**Par la présente je demande à adhérer à l'AFTD**

La cotisation annuelle comprend l'abonnement à la Revue Européenne du Trauma et de la Dissociation (4 numéros par an, bilingue français/anglais). Par votre adhésion, vous acceptez que vos coordonnées soient communiquées à l'éditeur Elsevier-Masson qui vous transmettra directement la revue en version informatique. Le contrat entre l'AFTD et Elsevier-Masson prévoit une clause de protection des données partagées.

Civilité / Titre : \_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Psychiatre          Psychologue          Psychothérapeute ARS/FED          Psychopraticien CEP

Autre profession : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Adresse de contact \_\_\_\_\_  
(Rue, ville, code, pays)

Tél.prof: \_\_\_\_\_ Autre tél. de contact : \_\_\_\_\_  
(avec l'indicatif du pays, p.ex. pour la France : +33-2-00.00.00.00)

**J'accepte que mes coordonnées soient publiées sur le site internet de l'AFTD:    Oui    Non**

**Données à fournir pour le site internet de l'AFTD (si différent des données ci-dessus)**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Adresse de contact : \_\_\_\_\_  
(Rue, ville, code, pays)

Téléphone professionnel \_\_\_\_\_  
(avec l'indicatif du pays, p.ex. pour la France: +33-2-00.00.00.00)

Email professionnel: \_\_\_\_\_

Site internet professionnel :    www. \_\_\_\_\_

**Texte de présentation souhaité sur le site internet de l'AFTD :**

(diplômes, approches de traitement proposées, formations réalisées, spécialisations, etc.) 4 lignes maximum \_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations que je transmets à l'AFTD et je m'engage à lire les statuts de l'association et à les respecter.

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_