



# BOLETÍN DE ADHESIÓN - AIPDBS

## Association Internationale des praticiens en décodage biologique des symptômes

24 le Clos Saint Michel 13400 AUBAGNE

Apellidos : .....

Nombres : .....

	Dirección	Teléfono	Email
Personal (si no tiene profesional)			
Profesional (prioritariamente)			

**Yo deseo adherir a la Asociación Internacional de Profesionales en Descodificación Biológica de Síntomas de la siguiente manera :**

**Profesional que sí figura en el anuario de la asociación**

Fecha de validación:

Situación profesional:

Capacitador(es):

Nº de Registro Profesional (u otro)

**Profesional que no figura en el anuario**

Fecha de validación:

Situación profesional:

Capacitador(es):

Nº de Registro Profesional (u otro)

**Estudiante en proceso de formación**

Titulado en los cursos

.....

Fecha y duración

.....

Capacitador(es):

.....

**Simpatizante**

Algunas líneas para describir las motivaciones de mi adhesión:

.....  
.....

\* marcar la opción

**Para la primera adhesión, responder al cuestionario adjunto**

Acepto que mi datos (nombre, apellidos, teléfono, dirección) sean difundidas a los demás miembros

de la asociación\* : ..... \* sí **no**

Acepto que mis datos (nombre, apellidos, teléfono, dirección) aparezcan en la página web de la asociación ... \*sí **no**

Acepto ser integrado al grupo **Whatsaap de la Asociación** \*sí **no**

Enviar los documentos solicitados en el cuadro de abajo, el reglamento interior y el código de deontología deben ser firmados, poniendo la fecha, con nombres y apellidos. Enviar también la atestación de las supervisiones.

	cotización	El reglamento interior	El código de deontología	Diploma	Situación profesional	Seguro de Responsabilidad Civil Profesional	Supervisiones (ver criterios de admisión y reglamento interior)	Carnet de formación
Profesional+ anuario	50 <sup>E</sup>	✓	✓	✓	✓	✓	2 mínimo	
Profesional sin anuario	40 <sup>E</sup>	✓	✓	✓			✓	
Estudiante	40 <sup>E</sup>	✓	✓				✓	✓
Simpatizante	40 <sup>E</sup>							

**Declaro la exactitud de las informaciones proporcionadas**

Fecha .....

Firma :

Lugar.....

**Esta adhesión será sometida a aprobación de la comisión de admisión de la Asociación**

Cheque; enviar a **Sylvie Baldacchino 8, rue Jean Daudin 775015 Paris/ France** ; a la orden de

**Association internationale des praticiens en décodage biologique des symptômes**

Documentos escaneados al email de Asociación [asso.ipdbs@gmail.com](mailto:asso.ipdbs@gmail.com) / enviar los documentos por

correo a **Marie Colette Mouton 658 route des gorges 38500 Coublevie France**

**Marie Colette Mouton 0033603172800**

## Cuestionario

*Si usted está en proceso de formación: indique cuáles son sus intenciones, proyectos de instalación como terapeuta y sus necesidades o dificultades.*

*Si usted está ya instalado(a): este cuestionario nos permitirá conocerle mejor con el fin de, eventualmente, recomendar sus servicios a pacientes o consultantes.*

1. ¿Desde hace cuánto tiempo ejerce usted la actividad de terapeuta?  
.....
2. ¿Con qué título?  
.....
3. ¿Bajo qué forma jurídica ejerce usted?  
.....
4. ¿Qué tipo de formación ha seguido usted? ¿Con qué escuela? ¿Quiénes han sido sus formadores-instructores?  
.....  
.....
5. ¿Cuáles son los instrumentos terapéuticos que usted utiliza?  
.....  
.....
6. ¿Es usted regularmente supervisado(a) en su práctica profesional? ¿con qué frecuencia? ¿Por quién?  
.....  
.....
7. ¿Qué espera usted de su adhesión a la l'AIPDBS?  
.....  
.....  
.....
8. ¿Qué le gustaría compartir en el seno de la Asociación?  
.....  
.....
9. ¿Cuáles son sus datos profesionales: Nombre, Apellidos, dirección, teléfono, email  
.....  
.....  
.....

Fecha .....

Lugar .....

Firma .....