



Formulaire à remplir en ligne et envoyer à l'adresse e-mail suivante : [ccreat.secretariat@gmail.com](mailto:ccreat.secretariat@gmail.com)

Ou par courrier à l'adresse postale ci-dessous :

CCREAT Secrétariat – Chez Anaïs GRILLON - Haut chemin des manières – 13300 SALON DE PROVENCE

## FORMULAIRE D'ADHÉSION PRATICIEN ANNÉE 2025

Nouvelle adhésion

Renouvellement adhésion

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Adresse courriel\* :

Diplôme(s)/ Formation(s) en dehors de l'acupuncture :

Diplôme(s) en Acupuncture Traditionnelle (N° et Date) :

École(s)/ Études en acupuncture :

\*remplir en majuscule

### Cotisation CCREAT Praticien avec ou sans adhésion à la Chambre Nationale des Praticiens de la Santé Durable

Cotisation simple CCREAT sans adhésion CNPSD.....125 €

Cotisation Praticien comprenant l'adhésion à la CNPSD\* .....195 €

Cotisation simple réduite pour Praticien Nouvellement installé (pour les deux années après le DNAT).....70 €

Cotisation Praticien Nouvellement installé comprenant l'adhésion à la CNPSD\* .....140 €

Parution dans l'annuaire pour les cotisations comprenant l'adhésion à la CNPSD : OUI NON

\*voir formulaire d'adhésion CNPSD (autorisations)

### Règlement

Le virement\* s'effectue en une seule fois (voir RIB en pièce jointe). \*Lors du virement préciser votre Nom/Prénom et sujet du virement

### Carte Professionnelle et Caducée

Je désire recevoir ma carte professionnelle et mon caducée (si DNSMA)

Joindre au formulaire et à votre règlement :

- Une photographie d'identité (de face sur fond uni avec votre nom et prénom au dos)
- Une enveloppe timbrée avec votre adresse\* (pour le retour de la Carte Pro et du Caducée)

**\* l'enveloppe, la photo d'identité et un double du formulaire sont à envoyer séparément à :  
Mr SERRANO Antoine - 651 avenue du Dauphiné - 38790 CHARANTONNAY**

- La pratique honorable datée et signée (si nouvel adhérent)

Je déclare vouloir adhérer au Centre Culturel et de Recherche en Acupuncture Traditionnelle et je joins à cet effet le versement correspondant à ma situation.

Je m'engage à respecter la « Déclaration pour une pratique honorable » ci-jointe datée et signée.

Fait à :

Le :

Signature :



### DECLARATION POUR UNE PRATIQUE HONORABLE

Au moment, où je vais exercer l'honorable profession d'Acupuncteur Traditionnel, pour laquelle j'ai eu le privilège d'être formé(e), je fais solennellement devant mes Maîtres et au nom de tous mes Confrères et Consœurs, la déclaration suivante :

Je m'engage à garder intacte la science qui m'a été transmise et à y consacrer tout le temps et les moyens dont je disposerai pour me perfectionner.

Je m'engage à savoir douter de moi-même pour ne jamais exposer mes patients aux risques d'une erreur qui pourrait porter atteinte à leur santé.

Je m'engage à obtenir par tous les moyens possibles la confirmation d'un diagnostic, si la conclusion de mon bilan me conduit à douter de ma capacité à traiter un patient par l'Acupuncture Traditionnelle.

Je m'engage à respecter le secret et les confidences dont je pourrais avoir connaissance dans l'exercice de mon art, hors le cas où la loi m'en ferait un devoir.

Je m'engage à être à l'écoute attentive de mes patients.

Je m'engage à mettre en priorité toute action préventive dans l'exercice de mon art et dans le domaine des moyens offerts par l'Acupuncture Traditionnelle.

Je m'engage à entretenir avec mes Confrères et Consœurs et toute la profession médicale des rapports courtois et respectueux.

Je m'engage enfin à soigner tout patient et à lui prodiguer les soins de qualité, dans la mesure de ses moyens financiers .

Si, au cours de ma carrière, je m'acquitte de tous ces engagements, j'aurai le sentiment d'avoir accompli une action honorable et de pouvoir revendiquer le respect de mes Maîtres.

Fait à : ..... le : .....

Nom : ..... Prénom : .....

**Signature**

précédée de "Lu et approuvé en toute connaissance de cause"



RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Identifiant national de compte bancaire - RIB

Banque	Guichet	N° compte	Clé	Devise
<b>10096</b>	<b>18264</b>	<b>00050836401</b>	<b>49</b>	<b>EUR</b>

Domiciliation  
**CIC AUBENAS**

Identifiant international de compte bancaire

IBAN (International Bank Account Number)  
**FR76 1009 6182 6400 0508 3640 149**

BIC (Bank Identifier Code)  
**CMCIFRPP**

**Domiciliation**  
CIC AUBENAS  
6 CHEMIN DE LA PLAINE  
07200 AUBENAS  
☎04 75 35 35 49

**Titulaire du compte (Account Owner)**  
CCREAT  
M LABORIE  
3235 ROUTE DES GRAS  
07200 LANAS

Remettez ce relevé à tout autre organisme ayant besoin de connaître vos références bancaires pour la domiciliation de vos virements ou de prélèvements à votre compte. Vous éviterez ainsi des erreurs ou des retards d'exécution.

PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ

## ADHÉSION

Association soumise à la loi du 1er juillet 1901 au décret du 16 août 1901

À remplir par l'adhérent (exemplaire à conserver par l'association) :

### Renseignements sur l'adhérent

Nom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>
Date de naissance :	<input type="text"/>	Lieu de naissance :	<input type="text"/>
Adresse professionnelle 1 :	<input type="text"/>		
Tel professionnel 1 :	<input type="text"/>		
Adresse professionnelle 2 :	<input type="text"/>		
Tel professionnel 2 :	<input type="text"/>		
Courriel :	<input type="text"/>		

### Renseignements complémentaires

Profession :	<input type="text"/>		
Compétences complémentaires :			
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/> Biokinergie	<input type="checkbox"/> Posturologie	<input type="checkbox"/> Phyto-aromathérapie
<input type="checkbox"/> EMDR I Hypnose	<input type="checkbox"/> Shiatsu	<input type="checkbox"/> Réfléxologie	<input type="checkbox"/> Fasciathérapie
<input type="checkbox"/> Haptonomie	<input type="checkbox"/> Psychologie	<input type="checkbox"/> Naturopathie	<input type="checkbox"/> Gemmothérapie
<input type="checkbox"/> Hydrothérapie	<input type="checkbox"/> Herboristerie	<input type="checkbox"/> Yoga	<input type="checkbox"/> Acupuncture
<input type="checkbox"/> Energétiques traditionnelles chinoise	<input type="checkbox"/> Autres		

Diplômes, certificats...obtenus	Etablissements
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

## Autorisations

La Chambre met à la disposition de l'adhérent un intranet sécurisé lui offrant un ensemble de services (informations personnalisées, partage de connaissances, d'expériences...).

L'adhérent s'engage à ne pas transmettre, à qui que ce soit, ses codes et informations confidentielles.

L'adhérent s'engage à respecter et appliquer avec la plus grande rigueur le règlement intérieur de la Chambre Nationale des Professions de la Santé Durable.

\* L'adhérent autorise la chambre à mettre ses coordonnées professionnelles, photos, compétences sur le site internet et/ou intranet de la Chambre Nationale des Professions de la Santé Durable. **OUI** **NON**

Conformément à la *loi informatique et libertés du 6 janvier 1978*, l'adhérent bénéficie d'un droit d'accès et de rectification de ses données auprès de la Chambre Nationale des professions de la Santé Durable.

## Modalités de paiement

Selon accord entre le CCREAT «Centre de Recherche et d'Etude en Acupuncture traditionnelle» et la Chambre Nationale des Professions de la Santé Durable.

## Déclaration

Je déclare par la présente souhaiter devenir membre de la Chambre Nationale des Professions de la santé Durable. À ce titre, je déclare reconnaître l'objet de l'association, et en avoir accepté les statuts ainsi que le règlement intérieur qui sont mis à ma disposition dans les locaux de l'association.

J'ai pris bonne note des droits et devoirs des membres de l'association.

Je fournis pour mon inscription l'élément demandé suivant :

- une photo

Fait à .....

le ..... / ..... / .....

Signature :