

FICHE D'INSCRIPTION MEMBRE

*Nom : _____ *Prénom : _____

Adresse privée

*N° et Rue : _____

*Code postal : _____ *Localité : _____

*Pays : _____ *Tél. : _____ *GSM : _____

*e-mail privé: _____

*Nationalité : _____ *Date diplôme d'origine _____

*No matricule du Centre Commun de la Sécurité Sociale : _____
obligatoire avant de débuter l'activité professionnelle

Je joins à ma demande d'adhésion les copies suivantes :

* diplôme du pays d'origine

* certificat de reconnaissance de l'équivalence du diplôme et de registre du ministère de l'Enseignement Supérieur

* autorisation d'exercice délivrée par le ministère de la santé

* **numéro code fournisseur de la Caisse Nationale de Santé (CNS)**.....

Ce code est obligatoire en accord avec la convention ALK-CNS. Tout exercice illicite (sans code) est interdit.

Adresse professionnelle 1

Raison sociale : Kinésithérapie _____

*Indiquez votre nom ou le nom complet de votre ou de vos patron(s)

N° et Rue : _____

Code Postal : L - _____ Localité : _____

Tél prof. : _____ e-mail prof. : _____

J'exerce à cette adresse en tant que

kiné libéral-patron kiné libéral freelance kiné salarié secteur privé kiné salarié secteur public

J'effectue des visites à domicile

oui non

Adresse professionnelle 2

Raison sociale : **Kinésithérapie** _____

*Indiquez votre nom ou le nom complet de votre ou de vos patron(s)

N° et Rue : _____

Code Postal : L - _____ Localité : _____

Tél. prof. : _____ e-mail prof. : _____

J'exerce en tant que

kiné libéral-patron kiné freelance kiné salarié secteur privé kiné salarié secteur public

*** Les indications sous 1 et/ou 2 sont reprises dans l'annuaire ALK. Prière d'informer notre responsable « gestion membres » de tout changement d'adresse: mangen.nathalie@alk.lu**

Je déclare ces données sincères et véridiques

Signature :