



Bulletin d'adhésion 2026

COORDONNÉES

Nom de l'entreprise			
Adresse			
CP		Ville	
Téléphone		Email	

AVEZ-VOUS UNE CMA AU SEIN DE VOTRE ENTREPRISE ?

Clinique	☐	Aucune :	☐
Gestion	☐		

TYPE D'ADHÉSION :

☐

Membre bienfaiteur

Je souhaite soutenir l'association par une cotisation de :
CHF

(Montant de référence pour un cabinet de groupe : CHF 500.–)

Je confirme avoir lu et pris connaissance des statuts de l'ACMA : ☐

La définition du type de membre et le prix de la cotisation annuelle s'y reportant sont décrits dans les statuts que vous trouverez sur notre site internet :

<https://www.association-cma.ch/about-6>

Pour valider votre demande d'adhésion, merci de

1) CONFIRMER avoir pris connaissance et accepté les statuts de l'association (sur site internet)

2) imprimer, signer et scanner cette fiche et la renvoyer à l'adresse mail suivante :

secretariat@association-cma.ch

Signature et date :