



Médecine Alternative et Complémentaire  
Alternative and Complementary Medicine

MEMBRE  
ASSOCIATION RITMA

22351

Nom: \_\_\_\_\_  
Name

Prénom: \_\_\_\_\_  
First name

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

TOTAL: \_\_\_\_\_



Médecine Alternative et Complémentaire  
Alternative and Complementary Medicine

MEMBRE  
ASSOCIATION RITMA

Site web : [www.ritma.ca](http://www.ritma.ca)  
450-227-5888 • 1-866-55RITMA

**Bénéficiaire / Beneficiary**

Nom / Name : \_\_\_\_\_

Tél.: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_  
Date of Birth

Consultation: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Honoraires / Fees: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Honoraires / Fees: \_\_\_\_\_

TOTAL: \_\_\_\_\_

**Thérapeute / Therapist**

Nom / Name : \_\_\_\_\_ Prénom /First Name : \_\_\_\_\_

# Membre / Member : \_\_\_\_\_ Date d'exp. / Expiry date : \_\_\_\_\_

Adresse du soin / Care address : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

**Déclaration du thérapeute / Attending therapist's statement**

*J'atteste par la présente la véracité et l'exactitude de tous les renseignements inscrits sur cette déclaration.  
I certify that all the information on this statement is true and accurate.*

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

*La compagnie d'assurance se réserve le droit de vérifier la validité du membre.  
The insurance provider reserves the right to verify membership validity.*

22351