



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
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