

EMDR Luxembourg a.s.b.l.

contact@emdr-luxembourg.org

DEMANDE D'ADHESION

Je Sousigné(e) (Nom, Prénom)

- déclare détenir l'autorisation d'exercer en tant que médecin psychiatre, psychologue ou psychothérapeute (loi du 14.07.2015),
- m'engage, par la présente à adhérer au code de déontologie d'EMDR EUROPE, <https://emdr-europe.org/wp-content/uploads/2017/12/EMDR-Europe-Code-of-Ethics-October-2010.pdf>
- m'engage à m'acquitter de la cotisation annuelle de **50 euros** (virement au nom de EMDR Luxembourg asbl, IBAN: LU08 0019 4455 5246 4000, BIC: BCEELULL)
- atteste avoir suivi à minima la formation de niveau 1 en EMDR reconnue par EMDR Europe et m'engage à transmettre à EMDR Luxembourg l'attestation de suivi de cette formation.
- ai pris connaissance que l'association décline toute responsabilité concernant d'autres titres ou qualifications que je mentionnerai sur le site EMDR Luxembourg.
- ai pris connaissance que la cotisation est valable pour une année calendrier (de janvier à décembre).
Pour rester membre, je paierai les frais d'adhésion avant le 31 mars.
- **Je retourne à EMDR Luxembourg :**
 - la présente demande, complétée et signée, à renvoyer de préférence par mail
 - mon certificat de formation en EMDR
 - mon diplôme de formation professionnelle (Docteur en Psychiatrie, Master en Psychologie, certificat de Psychothérapeute) ou l'autorisation d'exercer.

<u>Coordonnées de contact avec l'Association</u>	Rue, n° Code postal Localité/pays Téléphone/ Gsm E-mail (uniquement un)
Médecin Psychiatre Psychologue Psychothérapeute (loi du 14.07.2015) Agrément ONE	Oui – Non Oui – Non Oui – Non Oui – Non -
Lieu de travail	<input type="radio"/> Institution/Service: <input type="radio"/> Cabinet libéral :
Niveau EMDR Adultes	<input type="radio"/> Niveau 1 <input type="radio"/> Niveau 2 <input type="radio"/> Praticien certifié <input type="radio"/> Formateur <input type="radio"/> Superviseur
Niveau EMDR Enfants et Adolescents	<input type="radio"/> Niveau 1 <input type="radio"/> Niveau 2 <input type="radio"/> Praticien certifié <input type="radio"/> Formateur <input type="radio"/> Superviseur
Langues parlées en consultation	<input type="radio"/> Luxembourgeois <input type="radio"/> Allemand <input type="radio"/> Français <input type="radio"/> Anglais <input type="radio"/> Portugais <input type="radio"/> Autres :
<u>Coordonnées que vous souhaitez mettre sur le site</u>	<input type="radio"/> Institution/Service: <input type="radio"/> Cabinet libéral :

Je Soussigné(e) (Nom Prénom).....
demande / m'oppose (biffer la mention inutile) à ce que mes coordonnées professionnelles
figurent sur le site de l'association.

Fait le
 Signature suivie de la mention « lu et approuvé ».....