



Associação Portuguesa de Terapeutas de Bowen

Fórmulaário de Candidatura para Membros da Associação APTBowen

Encontra-se convidado a fazer parte desta Associação completando o seguinte formulário e anexando os documentos necessários. Por favor forneça a documentação apropriada de acordo com as suas qualificações.

Sobrenome:	Nome:	Título:
Morada:		
Telefone:	Telemóvel:	Email:
Local onde efectua tratamentos: Clínica <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/>		
Morada:		Telefone:

Candidato-me a ser membro da Associação Portuguesa de Terapeutas de Bowen , como:

- Terapeuta creditado** (Diploma de Terapia de Bowen)
- Terapeuta apoiante**

Jóia	Anuidade
30 €	60 €
30 €	*

* Isentos de quota no ano de ad

No caso de ser admitido como membro concordo com o regulamento da associação, com o código de ética e conduta.

O pagamento deverá ser feito através de transferência bancária IBAN PT50 0045 5464 4027 3827 7983 9 e o comprovativo da transferência enviado para aptbowen@gmail.com

Assinatura: _____

Data: _____

Por favor enviar a candidatura e os respectivos documentos para:

aptbowen@gmail.com

ou

Associação Portuguesa de Terapeutas de Bowen

Rua dos Ranúnculos, 79 – Aroeira

2820-568 Charneca de Caparica

Por favor complete e anexe toda a documentação relevante para a candidatura a que se propõe.

- Cópia do Certificado de Formação em Terapia de Bowen
- Cópia do Certificado de Formação em Anatomia e Fisiologia Humana
- Cópia do Certificado de primeiros socorros

A associação deverá manter cópias dos documentos acima especificados