

## 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 : ( par mail uniquement)**

- la présente demande, complétée et signée,
- 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.

(Nom, Prénom) .....

<u>Coordonnées de contact avec l'Association (Confidentiel)</u>	Rue, n° Code postal Localité/pays Téléphone/ Gsm E-mail
<u>Coordonnées que vous souhaitez mettre sur le site</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Institution/Service:</li>   <li>○ Cabinet libéral :</li> </ul>
Médecin Psychiatre Psychologue Psychothérapeute (loi du 14.07.2015) Agrément ONE	Oui – Non Oui – Non Oui – Non Oui – Non -
Niveau EMDR Adultes	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Niveau 1</li> <li>○ Niveau 2</li> <li>○ Praticien certifié</li> <li>○ Formateur</li> <li>○ Superviseur</li> </ul>
Niveau EMDR Enfants et Adolescents	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Niveau 1</li> <li>○ Niveau 2</li> <li>○ Praticien certifié</li> <li>○ Formateur</li> <li>○ Superviseur</li> </ul>
Langues parlées en consultation	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Luxembourgeois</li> <li>○ Allemand</li> <li>○ Français</li> <li>○ Anglais</li> <li>○ Portugais</li> <li>○ Autres :</li> </ul>

**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 ».....