

## Formulaire d'adhésion

### Coordonnées privées

Nom .....

Prénom .....

Date de naissance .....

Adresse Mail .....

Adresse privée .....

.....

### Formation professionnelle

Institut de Formation .....

Année du diplôme .....

Formations supplémentaires .....

.....

.....

### Coordonnées professionnelles

Employeur actuel .....

.....

### Pour les cabinets libéraux

Adresse du cabinet .....

.....

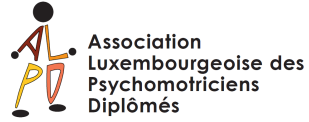
Téléphone .....

Email .....

Langues .....

Voulez-vous ajouter vos coordonnées du cabinet sur le site [alpd.lu](http://alpd.lu)

- Oui
- Non



## **Documents à joindre à la demande d'adhésion**

- Copie conforme du diplôme
- Autorisation d'exercer

### **Les documents sont à envoyer au siège social :**

*ALPD*

*2, Brucherstrooss*

*L-6831 Berbourg*

Dès que la demande a été approuvée par le comité, vous pouvez régler la cotisation annuelle de 40€ sur le compte CCPL de l'ALPD :

*IBAN LU82 1111 0547 0493 0000*

..... , le .....

Lieu et date

.....

Signature