

**Adhésion ou Abonnement valable pour l'année civile, du 1^{er} janvier au 31 décembre 2025
à souscrire de préférence avant le 1^{er} mars et à renvoyer à
SFG - 1525 avenue du Général de Gaulle - 06670 LEVENS**

NOM : PRENOM :

Renouvellement Adhésion (incluant l'abonnement à la **Revue Gestalt 2025**, 2 numéros) :

Je **renouvelle mon adhésion** à la Société Française de Gestalt, année **2025** en tant que membre **Associé** au tarif de **110 €** ou **55€** (si je suis retraité sans activité professionnelle ou pour ma 2^{ème} année consécutive d'adhésion découverte).

Je **renouvelle mon adhésion** à la Société Française de Gestalt, année **2025** en tant que membre **Professionnel** au tarif de **150 €** ou de **55 €** (si je suis retraité sans activité professionnelle ou pour ma 2^{ème} année consécutive d'adhésion découverte). **→ Le statut de membre PROFESSIONNEL s'acquiert sur dossier, n'hésitez pas à vous renseigner auprès du secrétariat.**

Je **renouvelle mon adhésion** à la Société Française de Gestalt, année **2025** en tant que membre **Titulaire-Agréé** au tarif de **150 €** ou de **55 €** (si je suis retraité sans activité professionnelle). **→ Le statut de membre TITULAIRE-AGREE s'acquiert après au minimum 3 années d'adhésions consécutives à la SFG, puis sur dossier, entretiens et après validation finale par l'instance de titularisation, n'hésitez pas à vous renseigner auprès du secrétariat.**

Abonnement seul

Je ne souhaite pas réadhérer à la SFG mais uniquement m'abonner à la **Revue Gestalt 2025** (2 numéros) pour un montant de **56 €** (frais de port inclus)

Je joins mon règlement à l'ordre de la S.F.G.	<input type="checkbox"/> Virement bancaire de préférence. Merci.
	IBAN : FR76 3000 3022 0800 0372 6968 147 BIC : SOGEFRPP
→ Un reçu vous sera retourné.	<input type="checkbox"/> Chèque bancaire
<i>En adhérant à la SFG, je déclare m'engager à respecter la Charte déontologique de la SFG.</i>	
Merci de préciser, sous quel métier vous souhaitez être référencé : (Gestalt-thérapeute, Gestalt praticien, psychothérapeute, psychopraticien, autre)	
Fait à : Le : Signature :	

Mes coordonnées ont changé ou vont changer à partir du :

Merci de renseigner ci-dessous, l'adresse à laquelle vous souhaitez recevoir nos envois postaux (courriers et revues Gestalt)

ASSOCIATION OU SOCIETE :

Adresse :

Code Postal : Ville : Pays :

Téléphone fixe : Mobile :

Courriel : Télécopie :

Courriel :

