**Demande de reconnaissance en tant que
méthode de la Thérapie Complémentaire OrTra TC**

**Requérent/e:**

**Nom de l’association de méthode ou de l’association professionnelle**

**Méthode**

**Rue**

**PLZ / Lieu**

**Téléphone**

**Courriel**

**Site web**

**Personne de contact responsable de la méthode avec courriel/téléphone**

***Si l’organe responsable consiste en plusieurs associations professionnelles ou de méthodes, toutes les associations concernées doivent fournir les indications ci-dessus.***

**Autres indications:**

Membre de l’OrTra TC [ ]  Oui [ ]  Non

Année de fondation de l’association

Nombre de membres pratiquants

Date, lieu

Signature

Envoyez s.v.p. tous les documents (demande de reconnaissance, déclaration concernant la responsabilité, IDMET) en forme électronique à info@oda-kt.ch.