

Formulaire d'inscription

Titre	
Prénom	
Nom de famille	
Date de naissance	
Sexe	
C/o	
Adresse	
Code postal	
Localité	
Canton	
Téléphoner	
E-mail	
Nationalité	
Profession	
Assurance complémentaire	
N° de assurance	
N° AVS	
Mandataire, N° GLN/N° RCC	
Mode de facturation	

Les prestations complémentaires de nos médecins chinois seront uniquement remboursées par une assurance complémentaire reconnaissant les thérapies alternatives. Préalablement à tout traitement, nous vous prions de consulter votre caisse maladie pour savoir si vous êtes en possession d'une assurance correspondante.

Xu Huiliang N° RCC/RME X414661 Membre NVS A

Le traitement de mes données personnelles s'effectue conformément à la déclaration de protection des données en vigueur. Vous la trouverez à l'URL suivante :

<https://www.tcmxu.ch/documents/Déclaration de consentement.pdf>



Par la présente, je certifie que je suis assuré de manière suffisante. Dans le cas contraire, prendre à ma charge tous les frais liés au traitement. Je vous donne l'autorisation de transmettre les indications nécessaires pour l'établissement de la facture aux instances officielles compétentes. Mon médecin est autorisé à demander les dossiers médicaux à mon sujet.

Après savoir rempli le formulaire, veuillez envoyer ce fichier PDF joint en annexe à l'adresse suivante:

info@tcmxu.ch.