# **CARTE DE SOIGNEUR ou MEDECIN2024-2025**

***1ère demande****:* [ ] ***Renouvellement****:* [ ]

***Nom*** *:* Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. ***Prénom*** *:* Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

***Adresse****:* Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

***GSM****:* Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

***@mail : (obligatoire – moyen de contact officiel)****:* Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

***N° Licence FVWB****:* Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

***Club****:* Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

***Carte sollicitée – Soigneur****:* [ ]  ***Médecine****:* [ ]

* *La carte ne sera délivrée qu’à la réception de la preuve écrite d’être en possession d’un titre ou d’une formation médicale adéquate.*
* *La carte ne sera délivrée que lorsque la preuve du paiement de 10€ - cotisation annuelle, aura été reçue par la FVWB. Le montant reçu n’est pas remboursable.*
* *Versement au compte : BE 16 0353 2657 3274. Mention / communication obligatoire lors du paiement « Carte soigneur ou médecine + Nom et Prénom »*
* *Carte valable pour une saison. Le demandeur doit obligatoirement être affilié !*

*Envoi du document uniquement par email :* *affiliations@fvwb.be*

*Renseignements complémentaire et correspondance :* *affiliations@fvwb.be* *tél : 081 26 09 02*

*Date d’envoi :* Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.