**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.