



Déclaration de confidentialité

Par ma signature, je m'engage au strict respect du secret médical pendant et hors des supervisions, des journées d'étude de remèdes, de la formation à distance ainsi que dans le cadre de tout ce qui est lié aux activités d'Homéo Institut.

Nom :

Prénom :

Profession :

Adresse :

N° de téléphone :

Adresse e-mail :

Lieu et date :

Signature :

A retourner complété et signé à :

Homéo Institut

Chemin du Daillard 23

1071 Chexbres

ou par e-mail : imfeld@homeoinstitut.ch