

Annexe à la demande d'affiliation pour les personnes physiques

Inscription des personnes annoncées

Les personnes physiques suivantes exercent une activité soumise à la LBA chez le/la soussigné(e):

Nom	Prénom	Lieu d'origine /nationalité	Domicile	Avocat et/ou notaire (si applicable)	Date de naissance	Membre de l'organe supérieur de direction et fonction	Membre de la FSA et/ ou de la FSN (si applicable)	Adresse e-mail

Lieu, Date

Nom du/de la requérant(e)

Signature¹

.....

.....

.....

¹ L'original de l'annexe à la demande d'affiliation doit être signé et renvoyé par la poste à l'OAR à l'adresse suivante : OAR FSA/FSN, Spitalgasse 40, 3011 Berne.