

**Demande d'attribution de
crédits SEMS
pour la formation continue en
médecine du sport**

Congrès / Symposiums / Conférences / Workshops etc.

**Veillez remplir ce formulaire par ordinateur, puis l'envoyer par e-mail.
Les formulaires remplis à la main ne seront plus acceptés.**

- Organisation / Demandeur: _____
- Type d'organisation: Clinique / Organisation médicale
 Entreprise pharmaceutique
 Autres: _____
- Personne responsable (prénom / nom): _____
- Adresse: _____
- NPA: _____ Lieu: _____
- Tél.: _____
- E-Mail: _____
- Website: _____
- Titre de la réunion: _____
- Date et heure de la réunion: le _____ (jj.mm.aa) à _____ h
- Lieu de la réunion: _____
- Personne responsable scientifique:
Titre: _____
Prénom / Nom: _____
FMH en: _____
- Durée maximale de la formation (en heures et minutes, sans les pauses, ni la partie récréative etc):
___ heures et ___ minutes
- Exercices pratiques, workshops (en heures et minutes, sans les pauses, ni la partie récréative etc):
___ heures et ___ minutes

Le soussigné garantit la justesse de ces indications

Date: _____ Signature: _____

Veillez envoyer ce formulaire avec le programme détaillé au secrétariat SEMS par e-mail.

Laisser vide svp!

Crédits attribués:

Visa:

