

Demande d'admission

Le comité décide de l'admission qui sera confirmée par écrit au nouveau membre par le secrétariat.

Statut de membre sollicité: membre ordinaire (médecins uniquement)
 membre extraordinaire (toutes les autres personnes)

Données personnelles

Appellation: Monsieur Madame

Titel: Prof. Dr méd. PD Dr méd. Dr méd. _____

Nom: _____ Prénom: _____

Date de naissance: _____

Examen d'état année: _____ Titre FMH en: _____

Titre FMH année _____ Titre FMH additionnel: _____

Occupation: cabinet hôpital science autres: _____

Interne: oui non

Adresse professionnelle

Hôpital/Division/Cabinet: _____

Rue / N°: _____

NPA: _____ Lieu: _____

Tél: _____

Si vous désirez recevoir les envois (journal, programme du congrès annuel etc.) de la SEMS à la maison nous vous prions d'indiquer l'adresse ci-dessous:

Rue / N°: _____

NPA: _____ Lieu: _____

Tél / Mobile: _____

E-mail: _____

Date: _____ Signature: _____

