

**VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE PAR ORDINATEUR, PUIS L'ENVOYER PAR E-MAIL OU FAX.
LES FORMULAIRES REMPLIS A LA MAIN NE SERONT PLUS ACCEPTES.**

**Demande d'attribution de crédits SSMS
pour la formation continue en médecine du sport
Congrès / Symposiums / Conférences / Workshops etc**

- Organisation / Demandeur: _____
- Type d'organisation: Clinique / Organisation médicale
 Entreprise pharmaceutique
 Autres: _____
- Personne responsable (Prénom / Nom): _____
- Adresse: _____
- NPA: _____ Lieu: _____
- Tél.: _____ Fax: _____
- E-Mail: _____
- Website: _____
- Titre de la réunion: _____
- Date de la réunion: _____ (jj.mm.aa)
- 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
dont exercices pratiques, workshops: ____ heures et ____ minutes

Le soussigné garantit la justesse de ces indications

Date: _____ Signature: _____

Veillez envoyer ce formulaire avec le programme détaillé au secrétariat SSMS par fax ou e-mail.

Laisser vide svp!

Crédits attribués:

Visa: