

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)
 membre étudiant

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: _____ FMH-Nr.: _____
Titre FMH année _____ Titre FMH additionnel: _____
Occupation: cabinet hôpital science autres: _____
Interne: oui non

Adresse professionnelle

Hôpital/Division/Cabinet: _____
Rue / N°: _____
NPA: _____ Lieu: _____
Tél: _____ Fax: _____
E-mail: _____

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

Rue / N°: _____
NPA: _____ Lieu: _____
Tél / Mobile: _____

Date: _____ Signature: _____