

Formulaire d'affiliation à envoyer au secrétariat de la SSMPR accompagné du Curriculum Vitae

La demande d'affiliation sera traitée lors de la prochaine réunion du comité. La réception de la demande et l'affiliation seront confirmées par écrit au nouveau membre par le secrétariat. Veuillez remplir en MAJUSCULES et de manière lisible.

Données personnelles Monsieur Madame Dr méd. PD Dr méd. Pr Dr méd.

Prénom _____ Nom _____

Date de naissance _____

Diplôme de médecin : Pays _____ Date _____

Reconnaissance MEBECO pour diplômes étrangers : Date _____

Titre de médecin spécialiste en MPR : Pays _____ Date _____

Reconnaissance MEBECO pour titres étrangers en MPR : Date _____

Autres titres de médecin spécialiste : Titre _____

Pays _____ Date _____

Reconnaissance MEBECO pour titres étrangers : Date _____

Membre FMH oui N° membre FMH _____ non

Activité Cabinet privé Hôpital les deux autre

Fonction Médecin-chef Chef de service Chef de clinique

Médecin assistant autre

Admission en tant que membre ordinaire (titre de spécialiste MPR) – *cotisation annuelle CHF 250.-*

membre extraordinaire (pas de titre de spécialiste MPR, autre titre de spécialiste) – *cotisation annuelle CHF 100.-*

membre en formation post-graduée (médecins assistants et chefs de clinique en formation pour obtenir le titre de spécialiste MPR) – *cotisation annuelle CHF 100.-*

Adresse pour la correspondance

Cabinet/clinique _____

Adresse/Lieu _____

Tél. _____ Email _____

Nom du 1^{er} parrain _____ Signature _____

Nom du 2^e parrain _____ Signature _____

Signature du demandeur _____

Lieu _____ Date _____