

## 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.

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<sup>er</sup> parrain \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

Nom du 2<sup>e</sup> parrain \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

Signature du demandeur \_\_\_\_\_

Lieu \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_