



Demande d'adhésion

comme:

- ☐ membre ordinaire
- ☐ membre en formation postgraduée
- ☐ membre extraordinaire
- ☐ membre passif

Titre: ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom: _____

Prénom: _____

Titre acad.: _____ Nationalité: _____ Date de naissance: _____

GLN (s. <https://www.medregom.admin.ch/FR>): _____

Adresse de correspondance: _____

NPA: _____ Lieu: _____

Téléphone: _____

E-Mail: _____

Mon employeur actuel: _____

- ☐ J'accepte que mon adhésion à la SSAPM (avec adresse) soit communiquée aux sociétés de discipline médicale nationales et internationales (par exemple l'ESAIC) et aux organisateurs de congrès afin de bénéficier de réductions sur les frais d'adhésion et de participation.
- ☐ Je souhaite recevoir toute la correspondance exclusivement par voie électronique à l'adresse e-mail susmentionnée.

Diplôme fédéral de médecin

Université: _____ État: _____ Année: _____

Doctorat

Université: _____ État: _____ Année: _____

Titre(s) de spécialiste

Diplôme de spécialiste en anesthésiologie État: _____ Année: _____

Reconnaissance du diplôme de spécialiste étranger par l'OFSP Année: _____

Autres diplômes de spécialiste:

_____ Année: _____

_____ Année: _____

_____ Année: _____

Attestations de formation complémentaire

_____ Année: _____

_____ Année: _____

_____ Année: _____

_____ Année: _____

Le/la candidat(e) soussigné(e) s'engage à respecter les statuts et les décisions de la société.
Veuillez joindre votre curriculum vitae et l'envoyer à : SSAPM, Rabbentalstr. 83, CH-3013 Berne;
info@ssapm.ch

Lieu, date: _____

Signature: _____