



Demande d'adhésion à la SSMIG

L'adhésion sera d cidede par le comité de direction et vous sera confirm e par écrit.

Données personnelles

Civilité Titre
Prénom Nom
Date de naissance

Adresse pour la correspondance

hôpital cabinet priv e
Hôpital/Inst. Dép./Div.
Rue, n  Case postale
CP/Lieu Pays
Téléphone Fax
E-Mail

Autres indications

Examen d'état (année) FMH en Médecine interne (année)
Numéro FMH Numéro GLN
Assistant-e non oui (si oui, s.v.p., joindre une confirmation)
Titre additionnel non oui, en:
Occupation hôpital cabinet les deux autre:
Travail à temps partiel non oui (si oui, s.v.p., joindre une confirmation)

Remarques

**Veillez retourner ce formulaire par courrier ou e-mail à l'adresse suivante:
SSMIG, Case postale, 3001 Berne**