

DEMANDE D'ADMISSION



Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu d'origine / État :

Adresse privée :

Adresse du cabinet/
professionnelle :

ÄRZTEGESELLSCHAFT
DES KANTONS BERN
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS
DU CANTON DE BERNE

Amthausgasse 28
CH-3011 Bern
T 031 330 90 00
info@berner-aerzte.ch

Ancienne/dernière activité professionnelle : ☐ activité en cabinet médical ☐ médecin-chef(fe) ☐ médecin adjoint(e)
☐ chef(fe) de clinique ☐ médecin agréé(e) ☐

du - au :

Taux d'occupation :

Nouvelle activité professionnelle : ☐ activité en cabinet médical ☐ médecin-chef(fe) ☐ médecin adjoint(e)
☐ chef(fe) de clinique ☐ médecin agréé(e) ☐

depuis le :

Taux d'occupation :

Numéro RCC ou de contrôle : ☐ disponible ☐ demande en cours ☐ n'est pas nécessaire

Titre de spécialiste :

N° de téléphone privé :

N° de téléphone professionnel :

E-mail :

Le/la soussigné(e) prend connaissance du fait que l'admission à la Société des Médecins du Canton de Berne (SMCB) implique également une demande d'adhésion au Cercle médical (CM) correspondant. En outre, le/la soussigné(e) s'engage, en cas d'admission, à reconnaître les statuts et les décisions de la SMCB et du CM ainsi que les statuts de la Fédération des médecins suisses et les décisions de la Chambre médicale suisse.

Lieu, date

Signature
Cachet