



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

DEMANDE D'ADMISSION

Nom: _____

Prénom: _____

Date de naissance: _____

Commune d'origine: _____

Année du diplôme: _____

Adresse du cabinet: _____

Date d'ouverture du cabinet prévue: _____

RCC ou numéro contrôle _____

Cabinet de groupe avec : _____

Spécialiste FMH en: _____

Téléphone cabinet: _____

Téléphone privé: _____

FAX: _____

Courriel: _____

Le/la soussigné/e, qui a déposé une demande d'admission au cercle médical
et par là à la Société des médecins du canton de Berne, s'engage, en cas d'admission, à
respecter les statuts et les décisions de ces associations, ainsi que les statuts et les décisions
de la Fédération des médecins suisses et les décisions de la Chambre médicale suisse.

_____, le _____

Signature: _____

Sceau: