



Déclaration d'adhésion à la FMH

Fédération des médecins suisses (FMH)

En cas d'admission, la personne soussignée s'engage à suivre les Statuts de la FMH et les décisions qui en découlent. Elle s'engage en particulier à payer la cotisation annuelle dont le montant est fixé par la Chambre médicale et à annoncer à la FMH les données nécessaires pour l'attribution de la catégorie de cotisation (notamment les changements de statut professionnel). Elle s'engage en outre à facturer correctement ses prestations et à n'effectuer, dans le cadre de l'assurance sociale obligatoire, que des examens et des traitements coût-efficaces.

Organisation de base (société cantonale de médecine)

La personne soussignée déclare par ailleurs reconnaître les Statuts de l'organisation de base à laquelle elle appartient. Elle s'engage en particulier à payer les cotisations de membre fixées par les organes compétents et à adhérer aux décisions prises par ces derniers.

FMH Services

La personne soussignée déclare son adhésion à la société coopérative « FMH Services » oui non

Les membres profitent de prestations dans le domaine de l'économie d'entreprise, portant sur l'ouverture, la gestion, la fermeture ou la remise d'un cabinet médical (www.fmhservices.ch). L'affiliation est gratuite.

Données personnelles

Nom : Prénom :

Date de naissance : GLN :

Adresse privée Rue/n° :

Code postal : Lieu :

Remarque : nous vous prions de bien vouloir nous communiquer tout changement d'adresse via myFMH ou par courriel à d1m@fmh.ch.

Lieu et date Signature

Veillez joindre les documents suivants :

- fiche de données **dûment remplie**
- déclaration de consentement à la protection des données **signée**
- liste de contrôle y compris **tous** les documents requis

Fiche de données

Autres données personnelles

Numéro de portable :

Adresse électronique :

Adresse de correspondance : adresse privée adresse professionnelle (veuillez l'indiquer ci-dessous)

Langue(s) maternelle(s) :

Langue(s) étrangère(s) :

Langue pour la correspondance : français allemand italien

Si italien pas disponible : français allemand

Activité professionnelle

Temporairement sans activité professionnelle du au

Autorisation de pratiquer disponible demandée aucune

Admission cantonale à pratiquer à la charge de l'AOS disponible demandée aucune

Hôpital/institut/entreprise (secteur hospitalier ou « autre »)

Directrice ou directeur médical-e du Taux d'occ. : %

Médecin-chef-fe suppléant-e du Taux d'occ. : %

Médecin adjoint-e suppléant-e du Taux d'occ. : %

Médecin cadre du Taux d'occ. : %

Chef-fe de clinique du Taux d'occ. : %

Spécialiste hospitalier-e sans fonction dirigeante du Taux d'occ. : %

En formation pour titre de spécialiste/formation approfondie du au Taux d'occ. : %

Médecin agréé-e du Taux d'occ. : %

Médecin consultant-e du Taux d'occ. : %

Autre fonction :

Hôpital/institut/entreprise :

Service :

Rue/n° :

Code postal : Lieu :

Téléphone (centrale) : Téléfax (centrale) :

Adresse électronique (centrale) :

Site internet :

Suite « Activité professionnelle »

Cabinet médical/institution ambulatoire

Cabinet/institution ambulatoire, ancien ou actuel

Ouverture/entrée en fonction le :

Fermeture/départ le :

À l'hôpital : oui non

- Propriétaire d'un cabinet individuel
 Propriétaire d'un cabinet de groupe/d'une institution ambulatoire
 Salarié-e en cabinet/institution ambulatoire propre
 Salarié-e en cabinet/institution ambulatoire
 En formation

Taux d'occupation :% N° RCC :

Nom du cabinet/de l'institution :

Rue/n° :

Code postal : Lieu :

Téléphone : Téléfax :

Mail du cabinet/de l'institution :

Site internet du cabinet/de l'institution :

Laboratoire au cabinet : oui non
Pharmacie : oui oui, de façon restreinte non

Cabinet/institution ambulatoire, nouveau ou additionnel

Ouverture/entrée en fonction le :

Fermeture/départ le :

À l'hôpital : oui non

- Propriétaire d'un cabinet individuel
 Propriétaire d'un cabinet de groupe/d'une institution ambulatoire
 Salarié-e en cabinet/institution ambulatoire propre
 Salarié-e en cabinet/institution ambulatoire
 En formation

Taux d'occupation :% N° RCC :

Nom du cabinet/de l'institution :

Rue/n° :

Code postal : Lieu :

Téléphone : Téléfax :

Mail du cabinet/de l'institution :

Site internet du cabinet/de l'institution :

Laboratoire au cabinet : oui non
Pharmacie : oui oui, de façon restreinte non

Souhaitez-vous publier une annonce dans le BMS* : oui non

* à cocher uniquement en cas d'ouverture d'un nouveau cabinet ou d'une nouvelle institution en propriété

Déclaration de consentement à la protection des données

Par la présente, j'autorise la FMH à utiliser mes données personnelles conformément à la déclaration de protection des données publiée sur le site internet de la FMH. Ces données peuvent en particulier être utilisées pour que les buts de l'association puissent être accomplis conformément aux Statuts de la FMH. Cela inclut notamment la gestion des membres, le prélèvement de la cotisation, la configuration de l'accès au domaine des membres, l'adressage du BMS, l'échange des données avec les organisations de base et les sociétés de discipline médicale (qualifications professionnelles conformément à la Réglementation pour la formation postgraduée) et l'échange périodique des données avec les organisations faîtières et les sociétés de discipline médicale reconnues (cf. les Statuts de la FMH, annexe IIa et annexe II) ou l'envoi de la newsletter de l'association, le cas échéant aussi via des prestataires. J'ai à tout moment le droit de me renseigner sur mes données, de les corriger, de les supprimer et de limiter leur traitement. J'ai conscience que ces droits ne sont pas des droits illimités et qu'ils peuvent faire l'objet d'exceptions ou de restrictions (p. ex. lorsque des données se rapportant à ma personne ont été enregistrées pour des obligations légales ou contractuelles ou qu'elles sont nécessaires à titre de preuve). Par courriel à la FMH (d1m@fmh.ch), je peux révoquer, à tout moment et avec effet pour l'avenir, l'utilisation des indications fournies délibérément, pour autant qu'elles ne soient pas exigées à des fins comptables.

Mes données sont échangées avec celles de l'organisation de base, du registre médical de la FMH et, si j'en suis membre, à celles de FMH Services, afin d'en garantir la qualité. Seules sont transmises les données nécessaires à cette fin. Le traitement est conforme à la protection des données de ces organisations et je peux faire valoir mes droits directement auprès de la FMH (d1m@fmh.ch) ou de FMH Services (mail@fmhconsulting.ch).

Lieu et date Signature

Liste de contrôle des documents requis

Depuis le 1^{er} janvier 2018, tous les médecins exerçant en Suisse doivent être inscrits au registre des professions médicales de la Confédération (MedReg). À partir de cette date, seuls les médecins détenant

- un diplôme fédéral de médecin ou
- un diplôme de médecin de l'UE formellement reconnu par la MEBEKO (attestation de reconnaissance de la MEBEKO) ou
- un diplôme de médecin étranger ne pouvant être reconnu mais enregistré auprès de la MEBEKO (attestation d'enregistrement de la MEBEKO)

peuvent s'affilier.

Remarque : veuillez joindre **uniquement des photocopies et non pas des documents originaux.**

Médecins titulaires d'un diplôme fédéral de médecin

copie du **diplôme fédéral de médecin**

et

autorisation de pratiquer délivrée par le département de la santé cantonal et **si disponible, admission cantonale à pratiquer à la charge de l'AOS**

ou

autorisation de pratiquer en qualité de médecin-assistant-e délivrée par le département de la santé cantonal

ou

attestation d'emploi dans le domaine de la santé en Suisse

Médecins titulaires d'un diplôme d'un pays étranger

Remarque : les documents demandés doivent être fournis dans une des langues suivantes : **français, italien, allemand ou anglais ; pour les documents établis dans une autre langue, veuillez joindre une traduction certifiée.**

Médecins titulaires d'un diplôme d'un pays de l'UE

copie du **diplôme de médecin** (y c. traduction certifiée, si nécessaire)

et

reconnaissance du diplôme par la **Commission fédérale des professions médicales (MEBEKO)**

Médecins titulaires d'un diplôme d'un pays non membre de l'UE

copie du **diplôme de médecin** (y c. traduction certifiée, si nécessaire)

et

enregistrement au MedReg (attestation d'enregistrement de la MEBEKO)

Tous les médecins titulaires d'un diplôme étranger

autorisation de pratiquer délivrée par le département de la santé cantonal et **si disponible, admission cantonale à pratiquer à la charge de l'AOS**

ou

autorisation de pratiquer en qualité de médecin-assistant-e délivrée par le département de la santé cantonal

ou

attestation d'emploi dans le domaine de la santé en Suisse

et

attestation de bonne conduite

Attestation de bonne conduite du pays d'origine attestant l'absence de sanction **professionnelle**.

ou

attestation d'emploi dans le domaine de la santé en Suisse pour les trois dernières années