

## Fiche de données FMH

### Données personnelles

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse privée Rue/n° : .....

Code postal : ..... Lieu : .....

Date de naissance : ..... GLN : .....

Numéro de portable : .....

Adresse électronique : .....

Adresse de correspondance :  adresse privée  adresse professionnelle (veuillez l'indiquer sur les pages 2/3)

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

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 .....

Cessation de toute activité professionnelle : ..... (date)

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. : ..... %

### Suite « Activité professionnelle »

- 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 : .....

**→ Veuillez indiquer votre activité en cabinet à la page 3.**

**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  
 Propharmacie :  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  
 Propharmacie :  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