



# 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  médecin adjoint  
 chef de clinique  médecin agréé  \_\_\_\_\_

du - au : \_\_\_\_\_ Taux d'occupation : \_\_\_\_\_

Nouvelle activité professionnelle :  activité en cabinet médical  médecin-chef  médecin adjoint  
 chef de clinique  médecin agréé  \_\_\_\_\_

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