



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