

Déclaration d'adhésion pour les médecins (membres)

Conformément au chiffre 1, let. a et b de la convention
sur les forfaits tarifaires ambulatoires : chirurgie ophtalmique (7.2.2018)

Nom : _____

Adresse : _____

E-mail : _____

Tél. : _____

Canton : _____

Titre de spécialiste : _____

Formation approfondie : _____

RCC du médecin : _____

GLN du médecin : _____

Société de discipline médicale/association : _____

Numéro d'adhérent : _____

J'ai bien pris connaissance de cette convention (voir la page du site Web de la FMCH www.fmch.ch) et y adhère, avec tous les droits et toutes les obligations qu'elle implique.

Je déclare en outre disposer de toutes les autorisations d'exercer une activité médicale à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

Je m'engage à signaler immédiatement aux parties contractantes toute modification concernant la présente déclaration d'adhésion.

Lieu / date : _____

Signature : _____

**Merci de bien vouloir retourner cette déclaration
d'adhésion signé et daté à l'adresse ci-dessous :**

FMCH
Generalsekretariat
Dufourstrasse 30
CH-3005 Bern
Téléphone : 031 329 50 00
E-mail : sekretariat@fmch.ch

