

## Déclaration d'adhésion pour les médecins (non membres)

Conformément au chiffre 2 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 : \_\_\_\_\_

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

Je déclare également avoir noté que l'adhésion à cette convention était payante et m'engage à verser le montant correspondant tous les ans. Le montant des cotisations figure sur le document *Tarifs d'adhésion* en cours de validité (voir la page d'accueil du site Web [www.fmch.ch](http://www.fmch.ch)).

Je déclare en outre disposer de toutes les autorisations d'exercer une activité médicale à la charge de l'assurance maladie 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](mailto:sekretariat@fmch.ch)

