

## Déclaration d'adhésion pour les institutions

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

Nom : \_\_\_\_\_

Forme juridique : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

Canton : \_\_\_\_\_

RCC de l'institution : \_\_\_\_\_

GLN de l'institution : \_\_\_\_\_

---

### Chirurgiennes / chirurgiens

(Merci de bien vouloir indiquer tous les noms séparément, au besoin utiliser un nouveau formulaire)

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Société de discipline médicale : \_\_\_\_\_

Numéro d'adhérent : \_\_\_\_\_

RCC du médecin : \_\_\_\_\_

GLN du médecin : \_\_\_\_\_

Titre de spécialiste : \_\_\_\_\_

Formation approfondie : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Société de discipline médicale : \_\_\_\_\_

Numéro d'adhérent : \_\_\_\_\_

RCC du médecin : \_\_\_\_\_

GLN du médecin : \_\_\_\_\_

Titre de spécialiste : \_\_\_\_\_

Formation approfondie : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Société de discipline médicale : \_\_\_\_\_

Numéro d'adhérent : \_\_\_\_\_

RCC du médecin : \_\_\_\_\_

GLN du médecin : \_\_\_\_\_

Titre de spécialiste : \_\_\_\_\_

Formation approfondie : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Société de discipline médicale : \_\_\_\_\_

Numéro d'adhérent : \_\_\_\_\_

RCC du médecin : \_\_\_\_\_

GLN du médecin : \_\_\_\_\_

Titre de spécialiste : \_\_\_\_\_

Formation approfondie : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Société de discipline médicale : \_\_\_\_\_

Numéro d'adhérent : \_\_\_\_\_

RCC du médecin : \_\_\_\_\_

GLN du médecin : \_\_\_\_\_

Titre de spécialiste : \_\_\_\_\_

Formation approfondie : \_\_\_\_\_

Nous avons bien pris connaissance de cette convention (voir la page du site Web de la FMCH [www.fmch.ch](http://www.fmch.ch)) et y adhérons, avec tous les droits et toutes les obligations qu'elle implique. Nous déclarons également avoir noté que l'adhésion à cette convention était payante et nous engageons 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 du site Web de la FMCH [www.fmch.ch](http://www.fmch.ch)).

Nous déclarons en outre disposer de toutes les autorisations d'exercer à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

Nous nous engageons 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)

