



Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
Fédération des médecins suisses
Federazione dei medici svizzeri
Swiss Medical Association

Demande d'affiliation étudiant à l'FMH

Envoyer demande et copie directement par poste à l'FMH.

Coordonnées personnelles

Appel:	Madame	Monsieur
Nom:	_____	Prénom: _____
Date de naissance:	_____	
Lieu d'origine et canton:	_____	
Pour les étrangers: nationalité:	_____	

Adresses

Rue:	_____	NPA/lieu:	_____		
Tel.:	_____	Fax:	_____	E-Mail:	_____
langue de corresp.:	français	allemand	italien		

Détails des études

Étudiant(e) à l'Université de:	_____
Début des études:	_____
Fin des études prévue en:	_____
Semestre:	_____

Le/la soussigné-e déclare en outre qu'il/elle accepte les statuts de la FMH. Homepage www.fmh.ch.
N'oubliez pas de signer cette déclaration avant de nous la retourner.

Lieu et date:

Signature: _____

PS: Prière de joindre à la présente une copie de votre carte de légitimation. Afin d'avoir une banque de données à jour et d'éviter toute adresse erronée pour l'envoi de la correspondance et du Bulletin des médecins suisses, nous vous prions de nous communiquer vos changements d'adresse dans les meilleurs délais par courrier électronique à: d1m@fmh.ch.

Merci!

Elfenstrasse 18, Postfach 170, CH-3000 Bern 15
Telefon +41 31 359 11 11, Fax +41 31 359 11 12
info@fmh.ch, www.fmh.ch