



## DEMANDE D'ADMISSION

### **ADRESSE PRIVÉE:**

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom(s): \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

Rue: \_\_\_\_\_

NPA / Lieu : \_\_\_\_\_

Tél.: \_\_\_\_\_ eMail: \_\_\_\_\_

MU (extrahosp.)

Ambulancier HS

MUH (intra hosp.)

soins d'urg. postd.

Autres

### **ADRESSE PROFESSIONNELLE:**

Cabinet/Institut: \_\_\_\_\_

Fonction: \_\_\_\_\_

Hôpital: \_\_\_\_\_

Rue: \_\_\_\_\_

NPA / Lieu: \_\_\_\_\_

Tél.: \_\_\_\_\_ eMail : \_\_\_\_\_

Je désire recevoir la correspondance à:   mon adresse privée  
 mon adresse professionnelle

Je donne mon accord pour que les données ci-dessus peuvent être communiquées à des tiers (comme p.-e. le médecin cantonal)

oui  non

Lieu/Date: \_\_\_\_\_ signature: \_\_\_\_\_

Contribution annuelle : selon la structure des tarifs SSMUS