



DEMANDE D'ADMISSION

ADRESSE PRIVÉE:

Nom: _____ Prénom(s): _____

Date de naissance: _____

Rue: _____

NPA / Lieu : _____

Tél.: _____ eMail: _____

MU (extrahosp.)

Ambulancier HS

MUH (intrahosp.)

soins d'urg. postd.

Autres

ADRESSE PROFESSIONELLE:

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