



Inscription au cours de formation 2025 (Acquisition CC MC)

Nom:

Prénom:

Rue:

complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

E-Mail:

Tél:

GLN-Nr/N° GLN:

Activité professionnelle actuelle/fonction:

Membres de la SSMC:

☐

Oui

☐

Non

Je m'inscris pour le cours complet:

☐

Oui

☐

Non

Je m'inscris seulement pour le module:

☐

1 (12.06.-14.06.2025)

☐

2 (28.08.-30.08.2025)

☐

3 (25.09.-27.09.2025)

☐

4 (30.10.-01.11.2025)

☐

5 (04.12.-06.12.2025)

☐

J'ai pris connaissance des conditions d'inscription et les accepte.

Adresse pour la facture (si différente de celle susmentionnée)

Nom où société:

Rue:

complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

Date:

Envoyer à:

Geschäftsstelle/Bureau SGV/SSMC: info@vertrauensaerzte.ch

Délai des inscriptions:

02.06.2025

Geschäftsstelle:

c/o MBC Markus Bonelli Consulting • Rudolf Diesel-Strasse 5 • 8404 Winterthur
Tel. 052 226 06 03 • info@vertrauensaerzte.ch