



**SGV  
SSMC**

## Inscription au cours de formation 2023 (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 (15.06.-17.06.2023)

2 (31.08.-02.09.2023)

3 (05.10.-07.10.2023)

4 (09.11.-11.11.2023)

5 (14.12.-16.12.2023)

**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](mailto:info@vertrauensaerzte.ch)

Délai des inscriptions: 07.06.2023

### Geschäftsstelle:

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