



FORMULAIRE DE PARTICIPATION

pour le complément médical en 10 points de l'ASMI

Voir <https://sbv-asmi.ch/fr/portrait/qualitaet/>

Nom, Prénom :

Titre académique :

Spécialité FMH :

Adresse :

.....

Canton(s)

d'exercice de la profession :

écrivez lisiblement s.v.p.

Le/la soussigné(e), membre de l'ASMI, adhère à l'idée qu'il faut offrir un complément médical aux patients porteurs d'une assurance privée ou semi-privée en cas d'hospitalisation privée ou semi-privée et s'engage en conséquence, envers l'ASMI, à le leur proposer.

Le/la soussigné(e) souhaite

L'ATTESTATION DE SON ENGAGEMENT 2025 - 2027

Le/la soussigné(e), membre de l'ASMI, ayant demandé l'attestation de son engagement

souhaite*

ne souhaite pas*

***marquez X ce qui convient s.v.p.**

être inscrit(e) sur la liste des médecins agréés ayant souscrit ce programme «complément médical»; cette liste sur le site web de l'ASMI (<https://sbv-asmi.ch/fr/portrait/qualitaet/>) est accessible au public.

Ce formulaire doit être retourné dans les meilleurs délais à :

**Schweiz. Belegärzte-Vereinigung SBV
Moosstrasse 2
3073 Gümligen
Courriel : info@sbv-asmi.ch**

Lieu, date:

Signature

FDW/pm 31.10.2024