

Déclaration d'adhésion

Je déclare ici adhérer à l'Association des Médecins cadres des hôpitaux suisses et m'engage à verser la cotisation des membres à hauteur de CHF 250.-.

Titre _____

Nom _____

Prénom _____

Spécialité _____

Nom de l'hôpital _____

Fonction au sein de l'hôpital _____

Rue _____

NPA/Localité _____

Téléphone _____

E-mail _____

Date de naissance _____

Oui, j'accepte que ma nouvelle adhésion soit publiée dans Info VLSS.

Je déclare ici me faire représenter à l'avenir par l'organisation que j'ai cochée ci-dessous en tant qu'organisation de base à la FMH

L'organisation de base que vous aurez choisie vous facturera le cotisation des membres FMH. Même si vous choisissez la VLSS comme organisation de base (ce que nous vous recommandons vivement, ce qui nous permettra d'avoir un poids plus important auprès de la FMH) vous devez être en plus membre auprès d'une société cantonale de médecine (SCM). Mais la plupart des SCM accordent dans ce cas une réduction de la cotisation des membres.

la société cantonale de médecine

la VLSS

Lieu _____

Date _____

Signature _____

Contact

Association des Médecins cadres des hôpitaux suisses (VLSS)

Secrétariat Postgasse 19, case postale, 3000 Berne 8
T +41 (0)31 330 90 01 | info@vlss.ch | www.vlss.ch