

# 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 Amthausgasse 28, 3011 Berne

T +41 (0)31 330 90 01 | [info@vlss.ch](mailto:info@vlss.ch) | [www.vlss.ch](http://www.vlss.ch)