

Membre



Formulaire d'inscription

Nom: _____

Prénom: _____

Rue: _____

Code postal: _____ Domicil: _____

Lieu de travail: _____

Date de naissance: _____

Numéro de téléphone.: _____

L` email: _____

Adhésion souhaitée (veuillez cocher la case):

- Membre titulaire
- Membre junior
- Membre extraordinaire

J'ai pris connaissance des statuts de la SWIU e reconnâit les obligations qui y sont définies.

Lieu/date Signature: _____

Supplément nécessaire:

- CV (alle)
- Copie de la carte de médecin spécialiste (Membre titulaire)
- Recommandation d'une marraine (membre junior)

Merci d'envoyer un formulaire à: michelle.gramiger@rhne.ch