

Demande d'adhésion à la SOHF

Nom:

Prénom:

Sexe:

Date de naissance: / /

Fonction:

Titre(s) FMH:

Taux d'activité
comme médecin
d'entreprise: %

Etablissement:

Adresse
établissement:

NP: Ville:

Type
d'établissement: Hôpital
 Clinique
 EMS

Autre, précisez:

Nombre d'employés
dans votre
établissement: employés

Nombre de lit dans
votre établissement: lits

Informations pour vous contacter:

Adresse:

NP: Ville:

Tél.:

Natel:

Fax:

Adresse email:

Remarques:

Retournez ce formulaire à : Jean-Claude Suard, Président SOHF,
Ch. du Bochet 4A, 1196 Gland
secretariat@sohf.ch