

Anfrage SOHF Eintritt

Name:

Vorname:

Geschlecht:

Geburtsdatum: / /

Funktion:

Titel(n) FMH:

Arbeitsvolumen als
Betriebsarzt : %

Institution:

Adresse der
Institution:

PLZ: Ort:

Art der Institution: Hôpital
 Clinique
 EMS

Autre, précisez:

Anzahl der
Angestellten in Ihrer Angestellten
Institution:

Anzahl der Betten in
Ihrer Institution: Betten

Informationen , um Sie zu kontaktieren:

Adresse:

PLZ: Ort:

Mobiltelefon:

Natel:

Telefax:

E-Mail Adresse:

Bemerkungen:

Dieses Formular ist unzureichend : Jean-Claude Suard, Président SOHF,
Ch. du Bochet 4A, 1196 Gland
secretariat@sohf.ch