



Inscription au cours de formation 2018 (Acquisition CC MC)

Nom: Prénom:

Rue: complément d'adresse:

NPA: Lieu:

E-Mail: Tél:

GLN-Nr/N° GLN:

Activité professionnelle actuelle/fonction:

Membres de la SSMC: Oui Non

Je m'inscris pour le cours complet:

Oui Non

Je m'inscris seulement pour le module:

1 (03.-05.05.2018)

2 (24.-26.05.2018)

3 (14.-16.06.2018)

4 (06.-08.09.2018)

5 (11.-13.10.2018)

J'ai pris connaissance des conditions d'inscription et les accepte.

Adresse pour la facture (si différente de celle susmentionnée)

Nom où société:

Rue: complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Date:

Envoyer à: Geschäftsstelle/Bureau SGV/SSMC: info@vertrauensaerzte.ch

Délai des inscriptions: 20.04.2018

Geschäftsstelle:

c/o MBC Markus Bonelli Consulting • Industriestrasse 24 • 8404 Winterthur
Tel. 052 226 06 03 • info@vertrauensaerzte.ch