



Recertification

Formulaire de confirmation de la formation continue accomplie

Par la présente, moi, soussigné/e, confirme avoir acquis durant les 5 dernières années au moins 100 Crédits selon le programme de formation continue pour l'AFC

Médecine d'urgence hospitalière SSMUS

En cas de contrôles par sondage effectués par la Commission de Formation de la SSMUS, je suis en mesure de fournir les attestations exigées.

Numéro de membre FMH

Nom

Prénom

E-Mail

Signature

Date

SSMUS

c/o gkaufmann Verbandsmanagement
Wattenwylweg 21
3006 Berne

Fax 031 332 41 12

Mail sekretariat@sgnor.ch