

# Fiche de données pour les membres de la FMH

## Données pour l'insertion dans l'«Annuaire médical suisse»:

	auparavant:	nouveau (uniquement en cas de changement ou de complément à apporter):
Nom.....:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom.....:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diplôme fédéral de médecin.....: (année/lieu)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diplôme de médecin étranger.....: (année/lieu)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse lieu de travail/cabinet.....: (pour médecins qui ne sont pas en activité = adresse de contact)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone.....:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléfax.....:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail.....:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Activité en cabinet médical.....:	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

## Données pour la «statistique médicale de la FMH» et pour l'usage interne de la FMH:

Date de naissance:	<input type="text"/>	Titre de docteur: (année/lieu)	<input type="text"/>
Lieu d'origine/pays:	<input type="text"/>	Diplôme de faculté: (année/lieu)	<input type="text"/>
Numéro d'AVS:	<input type="text"/>	Provisoirement sans activité méd. depuis:	<input type="text"/>
Données sur l'activité professionnelle:		Définitivement sans activité méd. depuis:	<input type="text"/>
En activité:	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

## Activité professionnelle indépendante:

Autorisation de pratiquer indispensable	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Temps de travail pour activité indépendante:	<input type="checkbox"/> plein temps <input type="checkbox"/> temps partiel
Médecin agréé:	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Numéro EAN:	<input type="text"/>
N° de concordat:	<input type="text"/>		
Activité en cabinet médical:			
Sorte de cabinet:	<input type="checkbox"/> cabinet privé	<input type="checkbox"/> cabinet privé à l'hôpital	<input type="checkbox"/> cabinet de groupe
Laboratoire de cabinet:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Propharmacie:	<input type="checkbox"/> entièrement	<input type="checkbox"/> limité	<input type="checkbox"/> non

## Activité dépendante (salariée):

médecin-  
chef   
  m.-chef  
suppléant   
  médecin adjoint   
  chef de  
clinique   
  médecin en formation  
postgraduée

Autre activité hospitalière	<input type="text"/>
Autres activités professionnelles:	<input type="text"/>
Temps de travail pour activité salariée:	<input type="checkbox"/> plein temps <input type="checkbox"/> temps partiel
	<input type="text"/> en %

## Données sur l'affiliation FMH (ces données sont remplies par la FMH):

Organisation de base (ASMAG ou société cantonale de médecine):	Catégorie de membre FMH:	Catégorie de cotisation:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Données sur les diplômes FMH et les certificats (ces données sont remplies par la FMH):

Données sur les diplômes FMH et les certificats (ces données sont remplies par la FMH):	Date diplôme/certificat:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Date: .....

Signature: .....