

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ Lieu d'origine: \_\_\_\_\_

Tél. privé: \_\_\_\_\_ Natel: \_\_\_\_\_

Adresse électronique: \_\_\_\_\_

Études de médecine en cours: Université: \_\_\_\_\_

Semestre: \_\_\_\_\_

Examen fédéral d'État: Lieu: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Doctorat en médecine: Lieu: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Titre FMH \_\_\_\_\_

Certificats de capacité: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Je suis étudiant-e et j'aimerais acquérir une première expérience pratique.

Je suis médecin-assistant et je suis intéressé-e par un stage chez un médecin de premier recours. Activités antérieures (spécialités, hôpital):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Je suis intéressé-e par un transfert de cabinet dans un cabinet de groupe.

Je cherche un successeur pour mon cabinet.

Autre: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_