



ANMELDEFORMULAR

DEMANDE D'ADMISSION

PERSONALIEN	IDENTITÉ		
Anrede	adresser à	<input type="checkbox"/> Frau / Madame	<input type="checkbox"/> Herr / Monsieur
Name / Vorname	nom / prénom		
Geburtsdatum	date de naissance		
Akademischer Titel	titre académique	<input type="checkbox"/> Prof. Dr. <input type="checkbox"/> PD Dr. <input type="checkbox"/> Dr. med. <input type="checkbox"/> anderer/autre:	
FMH Kardiologie	FMH en cardiologie	<input type="checkbox"/> ja / oui	<input type="checkbox"/> nein / non

ARBEITSPLATZ	INSTITUTION		
<input type="checkbox"/> *Unispital <input type="checkbox"/> *Spital <input type="checkbox"/> Praxis <input type="checkbox"/> *Hôpital Univers. <input type="checkbox"/> *Hôpital <input type="checkbox"/> Cabinet médical		* Name:	
		* Nom:	
Strasse	rue		
PLZ Ort	NP lieu		
Tel / Fax	tél / fax	Tel	Fax
E-Mail	e-mail		@

PRIVATADRESSE	ADRESSE PRIVÉE		
Strasse	rue		
PLZ Ort	NP lieu		
Tel / Fax	tél / fax	Tel	Fax
E-Mail	e-mail		@

Bürgen (Namen von 2 Mitgliedern der Gesellschaft)
parrains (indiquer les noms de 2 membres de la Société)

1.

2.

Ort/Datum
lieu/date

Unterschrift Bürgen
signature parrains

1.

2.

Unterschrift Antragstellerin / Antragsteller
signature de la requérante / du requérant

Beilagen:

- Curriculum vitae
- Publikationsliste
- Passfoto (wenn möglich per E-Mail)

annexes:

- curriculum vitae
- liste des publications
- photo de passeport (si possible par e-mail)