



### FAI MÉDECINE D'URGENCE HOSPITALIÈRE (SSMUS)

#### Formulaire de confirmation de la formation continue accomplie

---

Par la présente, je, soussigné/e, confirme avoir accompli durant les 5 dernières années au moins **100 Credits** selon le programme de formation continue pour la formation approfondie interdisciplinaire en

#### Médecine d'urgence hospitalière (SSMUS)

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

Nom	
Prénom	
Adresse	
NPA/Lieu	
Email	
Telefon/Mobile	
GLN	
Date	
Signature	

Le soussigné/la soussignée confirme avec sa signature les données ci-dessus et prend connaissance de la structure des tarifs.  
En cas de non-paiement des frais, le titre de formation approfondie sera retiré et nous informons l'ISFM.

Merci de nous envoyer le présent formulaire à l'adresse suivante :

SGNOR / SSMUS  
c/o gkaufmann Verbandsmanagement  
Wattenwylweg 21  
3006 Berne  
[gabriela.kaufmann@gkaufmann.ch](mailto:gabriela.kaufmann@gkaufmann.ch)