

Déclaration d'adhésion pour les institutions

Conformément au chiffre 1, let. a et b de la convention sur les forfaits tarifaires ambulatoires: chirurgie ophtalmique (7.2.2018)

Nom:

Forme juridique:

Adresse:

E-mail:

Tél:

Canton:

RCC de l'institution:

GLN de l'institution:

Chirurgiennes / chirurgiens

(merci de bien vouloir indiquer tous les noms séparément, au besoin utiliser un nouveau formulaire)

Nom:

Prénom:

Société de discipline médicale:

Numéro d'adhérent:

RCC du médecin:

GLN du médecin:

Nom:

Prénom:

Société de discipline médicale:

Numéro d'adhérent:

RCC du médecin:

GLN du médecin:

Nom:

Prénom:

Société de discipline médicale:

Numéro d'adhérent:

RCC du médecin:

GLN du médecin:

Nom:

Prénom:

Société de discipline médicale:

Numéro d'adhérent:

RCC du médecin:

GLN du médecin:

Nous avons bien pris connaissance de cette convention (voir la page d'accueil du site Web de la FMCH www.fmch.ch) et y adhérons, avec tous les droits et toutes les obligations qu'elle implique. Nous déclarons également avoir noté que l'adhésion à cette convention était payante et nous engageons à verser le montant correspondant tous les ans. Le montant des cotisations figure sur le document *Tarifs d'adhésion* en cours de validité (voir la page d'accueil du site Web www.fmch.ch).

Nous déclarons en outre disposer de toutes les autorisations d'exercer à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

Nous nous engageons à signaler immédiatement aux parties contractantes toute modification concernant la présente déclaration d'adhésion.

Lieu/date:

Signature:

Merci de bien vouloir retourner cette déclaration d'adhésion à l'adresse ci-dessous:

FMCH
Generalsekretariat
Dufourstrasse 30
CH-3005 Bern
Téléphone: 031329 50 00

E-mail: sekretariat@fmch.ch

