

Déclaration d'adhésion pour les médecins (non membres)

Conformément au chiffre 2 de la convention sur les forfaits tarifaires ambulatoires: chirurgie ophtalmique (7.2.2018)

Nom:

Adresse:

E-mail:

Tél:

Canton:

RCC du médecin:.....

GLN du médecin:

J'ai bien pris connaissance de cette convention (voir la page du site Web de la FMCH www.fmch.ch) et y adhère, avec tous les droits et toutes les obligations qu'elle implique. Je déclare également avoir noté que l'adhésion à cette convention était payante et m'engage 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).

Je déclare en outre disposer de toutes les autorisations d'exercer une activité médicale à la charge de l'assurance maladie obligatoire des soins.

Je m'engage 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

