



SMARTER

SWISS MEDICAL ASSOCIATION
OF RISK TRANSPARENCY EVALUATION & REDUCTION

■ DONNÉES PERSONELLES

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	
Rue, no :	NPA, lieu :
Téléphone :	
Email :	

■ DONNÉES PROFESSIONNELLES

Spécialité :
Année d'obtention du diplôme :

■ AFFILIATION À L'ASSOCIATION

L'affiliation à l'association SMARTER est soumise à une cotisation annuelle de CHF 100.
Un bulletin de versement et le règlement de l'association vous seront envoyés dans un prochain courrier.

Lieu et date :

Signature :