



### MÉDECINE D'URGENCE PRÉHOSPITALIÈRE/MÉDECIN D'URGENCE (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 80 heures de formation continue théorique et pratique selon le programme de formation continue pour l'AFC

#### **Médecine d'urgence préhospitalière/médecin d'urgence (SSMUS)**

En cas de contrôles par sondage effectués par la Commission de Formation de la SSMUS, 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 l'AFC sera retirée 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  
eMail [gabriela.kaufmann@gkaufmann.ch](mailto:gabriela.kaufmann@gkaufmann.ch)