

Nom: _____ Prénom: _____

Adresse: _____

Date de naissance: _____ Lieu d'origine: _____

Tél. privé: _____ Natel: _____

Adresse électronique: _____

Études de médecine en cours: Université: _____

Semestre: _____

Examen fédéral d'État: Lieu: _____

Date: _____

Doctorat en médecine: Lieu: _____

Date: _____

Titre FMH _____

Certificats de capacité: _____

Je suis étudiant-e et j'aimerais acquérir une première expérience pratique.

Je suis médecin-assistant et je suis intéressé-e par un stage chez un médecin de premier recours. Activités antérieures (spécialités, hôpital):

Je suis intéressé-e par un transfert de cabinet dans un cabinet de groupe.

Je cherche un successeur pour mon cabinet.

Autre: _____

Date:

Signature:
