



Berufsverband der Schweizer Ophthalmochirurgie
Association Professionnelle Suisse d'Ophtalmochirurgie
Associazione Professionale Svizzera d'Oftalmochirurgia

Demande d'Adhésion

Je demande l'adhésion à l'Association Professionnelle Suisse d'Ophtalmochirurgie:

Prénom	Nom
Titre académique	Date de naissance

Je certifie de ne pas exercer ou essayer d'exercer une influence économique directe ou indirecte sur les indications des médecins correspondants.

Lieu, Date	Signature
------------	-----------

S'il vous plaît scanner le document et envoyer par courriel à sekretariat@bsoc.ch

Informations supplémentaires

Année de reconnaissance FMH Ophtalmologie	Année de reconnaissance spéc. Ophtalmochirurgie
--	--

Position Professionnelle	Activités chirurgicale – Plusieurs Réponses Possibles
<input type="checkbox"/> Médecin résident	<input type="checkbox"/> OP dans son propre centre privé
<input type="checkbox"/> Médecin-chef	<input type="checkbox"/> OP comme médecin responsable
<input type="checkbox"/> Chef de clinique	<input type="checkbox"/> OP dans clinique / hôpital public
<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Cataracte et segment antérieur → env.
	<input type="checkbox"/> Injections intra-vitréennes → env.
	<input type="checkbox"/> Segment postérieur → env.
	<input type="checkbox"/> Strabisme et paupière → env.
	<input type="checkbox"/> Chirurgie réfractive → env.

Adresse Professionnelle	Adresse Privée
Clinique / cabinet / service	Prénom, Nom
Département	Adresse
Adresse	Code Postale, Lieu
Code Postale, Lieu	Email
Email	

Correspondance préférée : professionnelle privée

Remarque :

Le Secrétariat de l'ASOC transmettra votre demande pour examen au Comité de direction. L'affiliation débute après la confirmation du Comité de direction et du paiement des cotisations annuelles. La cotisation annuelle pour l'année 2017 est fixée à CHF 50.00 et vous sera facturée par bulletin de versement.