



Demande d'attribution de crédits

Requérant :

Nom :

Adresse:

E-Mail:

Tél.:

Organisateur:

Industrie pharmaceutique

Clinique / Organisation médicale

Autre :

Titre de la manifestation :

Date de la manifestation :

Responsable scientifique (médecin) :

Titre :

Prénom/nom :

Titre de spécialiste :

Durée effective (heures/min.) de la manifestation (sans pauses et partie récréative etc.) :

Sponsoring : non oui

Nom du ou des sponsor(s) :

Cotisation des participants : non oui

Annonce de la formation sur le site web de la SSMN souhaitée : non oui

Nous confirmons respecter les conditions d'accréditation de la FMH:

Date :

Nom/Signature :

Veillez envoyer la demande complétée avec le programme de la manifestation par e-mail à :

SSMN, info@nuklearmedizin.ch

Laissez vide !

Nombre de crédits confirmés :

Signature SSMN :