



Schweizerische Gesellschaft für Handrehabilitation
Société Suisse de Rééducation de la Main
Società Svizzera per la Rieducazione della Mano

DEMANDE D'ADMISSION en tant que Membre actif (affiliation individuelle)
 Membre passif (affiliation individuelle)
 Membre donateur

Adresse privée:

Nom Prénom

Adresse NPA/Lieu

Date de naissance Nationalité

Téléphone E-Mail

Adresse professionnelle:

Institution Profession

Nom Prénom

Adresse NPA/Lieu

Téléphone Fax

E-Mail

À quelle adresse souhaitez-vous recevoir le courrier de la SSRM/SGHR ?

Adresse privée
 Adresse professionnelle

Souhaitez-vous que votre adresse professionnelle apparaisse sur la liste publique des thérapeutes sur le site de la SSRM/SGHR ? (Cette liste d'adresses peut aussi être accédée par des non-membres)

Oui
 Non

À quel pourcentage travaillez-vous actuellement avec des patients du domaine de la pathologie de la main/de l'extrémité supérieure ?

..... %; heures par semaine

Lieu/Date Signature

Veillez envoyer la demande d'admission avec une copie de votre diplôme à:
SGHR/SSRM, 3600 Thun