

Association suisse des médecins-chefs en psychiatrie d'enfants et d'adolescents

Demande d'adhésion à l'AMCPEA

Indications concernant la personne			
Titre			
Nom *			
Prénom *			
Complément d'adresse			
Rue / Numéro *			
Code postal / Lieu *			
Téléphone professionnel *			
Téléphone privé			
Fax professionnel			
Courriel professionnel *			
Courriel privé			
Indications concernant l'institution			
Nom *			
Rue / Numéro *			
Code postal / Lieu *			
Téléphone de la centrale *			
Catégorie du lieu de formation post-graduée *	A	B	C
Année de la reprise de la responsabilité du lieu de formation post-graduée			
Remarques			

Les cases marquées par * doivent être remplies.

Pour devenir membre de l'AMCPEA il faut être membre de la SSPPEA.

(Voir les statuts de l'AMCPEA art. 3 al. 1)

Je suis déjà membre de la SSPPEA.

Je ne suis pas encore membre de la SSPPEA. ([Formulaire d'adhésion](#))

Lieu:

Date:

Signature:

Merci de remplir le formulaire et de l'envoyer signé à:

SSPPEA - AMCPEA, Altenbergstrasse 26, Case Postale 686, 3000 Berne 8
ou par e-mail à: ssppea@psychiatrie.ch