

DEMANDE D'ADMISSION A LA SOCIETE VAUDOISE DE MEDECINE



Nom Prénom

Date de naissance Etat civil Origine

Domicile privé Tél. privé

Rue Npa/Localité

Diplôme fédéral de médecine obtenu en À (ville/pays)

Titre de spécialiste en Obtenu le

Si spécialisation en cours Examen prévu en

Si activités dans plusieurs disciplines, laquelle est la principale

Code EAN No. RCC VD (si connu)

• **Je me propose de pratiquer la médecine en qualité de (disc.)**

dès le au taux de en % cabinet individuel cabinet de groupe centre médical ambulatoire

autre Si fonction en hôpital : médecin-chef méd. agréé autre

à l'adresse ci-dessous :

Rue Npa/Localité

Tél. prof Fax prof

Mobile E-mail

Langue(s) parlée(s) pour les consultation(s)

• **Je suis déjà membre d'une autre société cantonale:** non oui : laquelle ?

Le Comité de la SVM vous recommande, avant votre installation, de prendre contact avec le secrétariat général - tél. 021/651.05.05 - qui est à votre disposition pour tout renseignement utile. De même, si vous envisagez de conclure des contrats ou des conventions avec des tiers, vous devez préalablement en informer le comité qui peut se prononcer sur leur contenu.

• **Souhaitez-vous un entretien avec notre Secrétaire Général ?** oui non

Par ma signature, je demande à faire partie de la Société Vaudoise de Médecine en qualité de membre. Je déclare avoir pris connaissance des statuts de la SVM et du Code de déontologie de la FMH et m'engager à m'y conformer. En référence à l'article 40 du Code de déontologie FMH, et pour autant que je n'en sois pas dispensé(e), je participerai au service de garde organisé par la SVM. Mes parrains, membres ordinaires de la SVM, sont :

Dr Dr

La présente demande dûment remplie et signée doit être retournée au **Comité de la SVM, ch.de Mornex 38 – CP 7443 – 1002 Lausanne**, accompagnée d'un **curriculum vitae en français** (indiquant les stages de formation postgraduée avec leur durée: mois/année. Ex: 12.2008 à 6.2009) et obligatoirement, les documents suivants :

- une photo passeport originale
- curriculum vitae en français du candidat en utilisant le fichier annexé. Merci de renvoyer une copie à admission@svmed.ch
- copie du diplôme fédéral de médecine ou copie du diplôme étranger authentifié avec sa reconnaissance par la Suisse
- copie du diplôme fédéral de spécialisation ou du titre étranger équivalent authentifié avec sa reconnaissance par la Suisse
- copie de l'autorisation de pratique dans le canton de Vaud ou d'une attestation de l'employeur
- l'original de l'extrait récent du casier judiciaire du pays d'origine
- formulaire de parrainage de 2 confrères pratiquant dans le canton de Vaud, dont 1 au moins doit être de la spécialité du candidat
- document d'informations complémentaires pour le CdC de la SVM

Date et lieu Signature

FORMULAIRE DE PARRAINAGE



Cher Confrère, chère Consœur,

Vous avez été sollicité(e) pour parrainer un futur membre de la Société Vaudoise de Médecine. Votre avis constitue un élément important du dossier de demande d'admission. Nous vous rappelons qu'en acceptant ce parrainage **vous vous engagez vis-à-vis de la Société.**

Votre rapport doit comporter une appréciation des qualités morales et de formation professionnelle du/de la candidat/e, qualités qui devraient le/la rendre apte à remplir au mieux la fonction médicale ou scientifique à laquelle il/elle se destine.

En outre, en acceptant de parrainer ce futur membre, vous acceptez également, le cas échéant, de l'assister par vos conseils au début de sa carrière.

En vous remerciant de la contribution importante que vous apportez au renforcement de la qualité et de la cohésion du corps médical vaudois, nous vous prions d'agréer, cher Confrère, chère Consœur, nos salutations les meilleures.

COMITE DE LA SOCIETE VAUDOISE DE MEDECINE

Nom et prénom du/de la candidat/e :

Considérations sur la qualification professionnelle :

Considérations sur ses qualités morales :

Date :

Timbre et signature du parrain :

Formulaire à renvoyer : Comité de la SVM, Ch. de Mornex 38, CP 7443, 1002 Lausanne

FORMULAIRE DE PARRAINAGE



Cher Confrère, chère Consœur,

Vous avez été sollicité(e) pour parrainer un futur membre de la Société Vaudoise de Médecine. Votre avis constitue un élément important du dossier de demande d'admission. Nous vous rappelons qu'en acceptant ce parrainage **vous vous engagez vis-à-vis de la Société.**

Votre rapport doit comporter une appréciation des qualités morales et de formation professionnelle du/de la candidat/e, qualités qui devraient le/la rendre apte à remplir au mieux la fonction médicale ou scientifique à laquelle il/elle se destine.

En outre, en acceptant de parrainer ce futur membre, vous acceptez également, le cas échéant, de l'assister par vos conseils au début de sa carrière.

En vous remerciant de la contribution importante que vous apportez au renforcement de la qualité et de la cohésion du corps médical vaudois, nous vous prions d'agréer, cher Confrère, chère Consœur, nos salutations les meilleures.

COMITE DE LA SOCIETE VAUDOISE DE MEDECINE

Nom et prénom du/de la candidat/e :

Considérations sur la qualification professionnelle :

Considérations sur ses qualités morales :

Date :

Timbre et signature du parrain :

Formulaire à renvoyer : Comité de la SVM, Ch. de Mornex 38, CP 7443, 1002 Lausanne

Adhésion obligatoire au Centre de confiance

Madame, Monsieur le Docteur,
Cher Membre,

Nous vous rappelons qu'à la suite de la décision de l'Assemblée des délégués du 21 novembre 2002, nous vous informons que **la contribution au financement du CdC est obligatoire** pour tous les médecins membres de la Société Vaudoise de Médecine qui facturent avec leur numéro de concordat.

Pour le bon ordre de nos dossiers, nous vous savons gré de bien vouloir compléter les éléments ci-dessous et nous retourner ce formulaire dans un délai de 10 jours.

Avec nos meilleurs messages,
Votre SVM

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Veuillez cocher la ou les options correspondant à votre activité professionnelle :

<input type="checkbox"/>	J'exerce en hôpital/institution/cabinet sans facturation d'honoraires via un numéro de code créancier (RCC) vaudois personnel - dès le (mm/aaaa) : _____ - taux d'activité : _____%
<input type="checkbox"/>	J'exerce en hôpital/institution/cabinet avec facturation d'honoraires via un numéro de code créancier (RCC) vaudois personnel : - dès le (mm/aaaa) : _____ - taux d'activité : _____%
<input type="checkbox"/>	Une demande de droit de pratiquer LAMal avec code créancier (RCC) personnel est en cours
<input type="checkbox"/>	Je n'ai pas de code créancier vaudois (RCC). En cas de demande/obtention ultérieure, je m'engage à en informer de suite la SVM
<input type="checkbox"/>	Je veux transférer mes données de facturation au CdC pour défendre la valeur du point vaudois et bénéficier de statistiques personnelles

Par ma signature, je reconnais que les informations ci-dessus sont conformes à la réalité et je m'engage à annoncer à la SVM toute modification ultérieure.

Lieu et date	Signature	Tampon (ou nom prénom)