

## **Demande d'adhésion à la SOHF**

Nom:

Prénom:

Sexe:

Date de naissance:     /     /

Fonction:

Titre(s) FMH:

Taux d'activité  
comme médecin  
d'entreprise:                     %

Etablissement:

Adresse  
établissement:

NP:                     Ville:

Type  
d'établissement:     Hôpital  
                                 Clinique  
                                 EMS

Autre, précisez:

Nombre d'employés  
dans votre  
établissement:                     employés

Nombre de lit dans  
votre établissement:             lits

### **Informations pour vous contacter:**

Adresse:

NP:                     Ville:

Tél.:

Natel:

Fax:

Adresse email:

Remarques:

Retournez ce formulaire à : Jean-Claude Suard, Président SOHF,  
Ch. du Bochet 4A, 1196 Gland  
secretariat@sohf.ch