FAMH
DIE MEDIZINISCHEN LABORATORIEN DER SCHWEIZ
LES LABORATOIRES MÉDICAUX DE SUISSE
I LABORATORI MEDICI DELLA SVIZZERA

DEMANDE D'ADMISSION

Membre ordinaire

version août 2025

Nom et prénom: ✆ privé:

Adresse privée :

e-mail privée:.....

Date de naissance: ☐ Madame ☐ Monsieur

Fonction, titre et responsabilité actuels dans le laboratoire et adresse postale: e-mail :

S'agit-t-il d'une activité à plein temps? ☐ oui ☐ non Si "non", veuillez indiquer le pourcentage: .....% ✆ labo :

Formation universitaire, titres:

Spécialisation pratique dans le domaine des analyses médicales:

Titre FAMH: ☐ oui ☐ non Si oui, branche: ☐ H ☐ C ☐ I ☐ M ☐ G ☐ pluri
ou équivalence officielle: ☐ oui ☐ non Si oui, joindre attestation du Département féd. de l'intérieur (DFI)

☐ Le/la soussigné(e) désire devenir membre de la FAMH et déclare avoir pris connaissance des statuts et du code de déontologie de la FAMH et s'engage personnellement à les respecter.

Lieu: Date: Signature:

.....

⇨ *Documents à joindre à la demande (veuillez svp. cocher les annexes ☒):*

- ☐ *Pour titulaires FAMH: copie du diplôme*
- ☐ *Pour détenteurs d'une reconnaissance d'équivalence: attestation du DFI*
- ☐ *Pour tous: bref curriculum vitae*

Les deux parrains ci-après, membres de la FAMH, connaissant personnellement le/la candidat/e et répondant de lui/d'elle et de son laboratoire sont à la disposition du comité pour d'éventuelles questions.

⇨ **Sans parrains, la demande ne pourra pas être traitée**.

① Nom: ..... ② Nom: .....

Signature:..... Signature: .....

A retourner dûment rempli et signé au

Secrétariat général FAMH, Altenbergstrasse 29, Postfach 686, CH-3000 Bern 8
Tel: 031 313 88 30 – e-Mail: info@famh.ch – Internet: www.famh.ch