



Kanton Bern
Canton de Berne



Autorisation

Dans la perspective de mon admission en tant que praticien formateur dans le programme « Assistanat au cabinet médical » du canton de Berne, je soussigné(e),

D^r _____ ,

autorise par la présente l'organe de décision du programme « Assistanat au cabinet médical » du canton de Berne à consulter les documents remis au secrétariat général de la FMH dans le cadre de ma **reconnaissance en tant que praticien formateur** en médecine interne générale (ou médecine générale / médecine interne) ou en pédiatrie FMH.

J'autorise également l'organe de décision du programme « Assistanat au cabinet médical » du canton de Berne à consulter les documents remis au secrétariat général de la SSMG/SSMI/SSP ou de l'ISFM en vue de fournir la **preuve de ma formation médicale postgrade**.

Lieu et date :

Signature :

Cachet du cabinet :

Envoyer avec le formulaire de candidature à l'adresse :

Institut universitaire de médecine générale de Berne BIHAM
Secrétariat Assistance au cabinet médical
Mittelstrasse 43
3012 Berne