|  |
| --- |
| **Anmeldung zur Facharztprüfung 2024Inscription à l’examen spécialiste 2024***Bitte beachten: Die Prüfungsgebühr beträgt CHF 900. Sie werden nach Eingang der Anmeldung eine entsprechende Rechnung erhalten; Ihre Anmeldung gilt als definitiv, sobald die Zahlung eingegangen ist. /* *Veuillez noter: le droit d’examen se monte à CHF 900. Vous receviez une facture après récéption de votre inscription; votre inscription sera définitive dès que le paiement soit réçu.* |

*Bitte in Blockschrift schreiben / s.v.p. écrivez en caractères d’imprimerie*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name/ Nom: |       | Vorname/ Prénom: |       |
| Adresse Privat/ Privée: |       | Adresse Geschäft/ Professionelle: |       |
| Strasse Nr./ Rue No.: |       | Strasse Nr./ Rue No.: |       |
| PLZ Ort/ NPA Lieu: |       | PLZ Ort/ NPA Lieu: |       |
| Tel.: |       | Tel: |       |
| FAX: |       | FAX: |       |
| Email: |       | Email: |       |
| Geburtsdatum/Date de naissance: |       | Nationalität/ Nationalité: |       |
| Heimatort/Lieu d'origine |       | Geburtsort/ Lieu de naissance |       |
| Datum eidg. Diplom/ Date du diplôme fédéral: |       | Datum ausl. Diplom/ Date du diplôme étranger: |       |
| Doktortitel erworben am/ Titre de Docteur obtenu le: |       | An der Universität/ à l’université de: |       |
| Heutige Tätigkeit/ Position actuelle: |       |  |       |
| Datum/ Date: |       | Unterschrift/ Signature: |  |
|  |  |  |  |

**Bitte zusammen mit der Anmeldung ein aktuelles Curriculum Vitae und eine Kopie Ihres Arztdiploms einreichen!
Veuillez ajouter un CV actuel et une copie de votre diplôme de médecin à cette demande!**

Dr Haithem Chtioui

Service de Pharmacologie Clinique (BU17-01)

Centre Hospitalier Universitaire Vaudois - CHUV

Rue du Bugnon 17, CH-1011 Lausanne

email: haithem.chtioui@chuv.ch

|  |
| --- |
| *Nicht ausfüllen / Ne pas remplir:* |
| Datum Eingang: |  | Datum Zahlung: |  |