|  |
| --- |
| **Anmeldung zur Facharztprüfung 2024 Inscription 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: |  |