DEMANDE POUR LE RENOUVELLEMENT DU

TITRE «SPÉCIALISTE DOULEUR SPS®»

Monsieur **[ ]**  Madame **[ ]**

Titre:

Prénom:  Nom:

Date de naissance:  Lieu de naissance:

Adresse:

Cabinet/Hôpital

Rue:

Code postal:  Lieu:

E-Mail:

FORMATION CONTINUE EN MÉDECINE DE LA DOULEUR:

Les formations suivantes j’ai suivi les 5 dernières années:

Date Titre points reconnues / durée de la manif. /

 nombre de leçons (au moins une indication)

Merci de bien vouloir fournir copies des attestations de participation ou fichier-PDF dans l’ordre indiqué.

DÉCLARATION D’ACCORD:

Le/la requérant(e) a pris connaissance des frais liés à l'examen de sa demande, conformément au point du «Règlement» qui concerne les frais de traitement du dossier pour le renouvellement, et s'engage à s’acquitter de ces frais dans les 30 jours, indépendamment du résultat de l’évaluation du dossier.

Lieu et date  Signature

Envoyer au secrétariat ((info@swisspainsociety.ch).