

Inscription

pour la formation postgrade en médecine dentaire générale

Information sur l'assistant/e en formation postgrade

Prénom / nom :

Date de naissance :

Adresse :

E-Mail :

Diplôme (année d'obtention / lieu) :

>> pour diplôme étranger reconnaissance par la Suisse :

Engagement aux fins de la formation postgrade

Cabinet de la formation postgrade (nom et adresse) :

Responsable de la formation postgrade :

Début de la formation postgrade (date) :

Taux d'occupation (40 % au minimum) :

Convention

L'assistant/e en formation postgrade et le/la responsable de la formation postgrade confirment par la signature ci-dessous qu'ils/elles ont lu, compris et accepté le règlement régissant la formation postgrade.

Lieu / date :

Responsable :

Lieu / date :

Assistante/e :

A renvoyer dans les 4 semaines suivant le début de la formation postgrade au Bureau pour la formation postgrade en médecine dentaire BZW, Thunstrasse 7, 3001 Berne afin que le cursus de formation postgrade puisse être reconnu.