



## Demande d'admission

Je soussigné, médecin ou médecin-dentiste diplômé, demande à être admis en tant que membre de la SFPA et m'engage à en respecter les statuts.

Je suis titulaire d'une licence aéronautique de : \_\_\_\_\_

Lieu : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Veillez adresser la correspondance à :  mon adresse privée  
 mon adresse professionnelle

*Inscription à faire figurer dans l'annuaire des membres*

Titre : <input type="text"/>	Année de naissance : _____
Nom : _____	
Prénom : _____	
Spécialité : _____	
Adresse privée : _____	
Numéro postal et lieu : _____	
Téléphone privé : _____	
FAX privé : _____	
E-mail : _____	
Adresse professionnelle : _____	
Numéro postal et lieu : _____	
Téléphone privé : _____	
FAX professionnel : _____	

à envoyer au président : Dr Sylvain Roy, Quai du Cheval-Blanc 2, CH-1227 Carouge

e-mail : [president @ sfpa.ch](mailto:president@sfpa.ch)