



Schweizerische Gesellschaft für Strahlenbiologie und Medizinische Physik
 Société Suisse de Radiobiologie et de Physique Médicale
 Società Svizzera di Radiobiologia e di Fisica Medica

Swiss Society of Radiobiology and Medical Physics
 Member of the European Federation of Organisations for Medical Physics (EFOMP) and the International Organization for Medical Physics (IOMP)

DEMANDE D'ADHESION A LA SSRPM

Mme M.

NOM:		PRENOM:	
TITRE:		DATE DE NAISS.:	
NATIONALIE:			
ADRESSE PROF.:			
ADRESSE PRIVEE:			
ADRESSE DE CORRESPONDANCE:		<input type="checkbox"/> prof.	<input type="checkbox"/> privée
ADRESSE E-MAIL:			
N° DE TELEPHONE:			
dir.:	Secr.:	Mobile:	
PROFESSION:	<input type="checkbox"/> Physicien	<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> Biologiste <input type="checkbox"/> Ingénieur
	<input type="checkbox"/> TRM	<input type="checkbox"/> Technicien	<input type="checkbox"/> Autre

DOMAINE D'ACTIVITE ACTUEL:

	principal	supplémentaire
Administration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Technique biomédicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biophysique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiologie diagnostique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informatique médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérance appareils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Résonance magnétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biologie moléculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rayonnement non-ionisant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecine nucléaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Techn. Mesure physiologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiobiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radioprotection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultrason	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (détails svp)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spécialisation: SSRPM **oui** **non**

Autre (ajouter une copie s.v.p.)

LANGUE DE CORRESPONDANCE: **allemand** **français**

Avec votre adhésion, vous serez automatiquement inscrit sur la mailing liste de la SSRPM (SGSMP@kbx7.de).

Si vous ne le souhaitez pas, veuillez s.v.p. cocher cette case

Le soussigné désire devenir membre de la Société Suisse de Radiobiologie et de Physique Médicale.

Date:

Signature:

Le soussigné, membre de la Société Suisse de Radiobiologie et de Physique Médicale, conseille l'admission du demandeur d'adhésion.

Date:

Signature:

Renvoyer dûment rempli à:

Mme
Silvia Kleiner
Bernstrasse 103 A
3052 Zollikofen