



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.

NAME: _____ PRENOM: _____

TITRE: _____

NATIONALITE: _____ DATE DE NAISS.: _____

ADRESSE PROF.: _____

ADRESSE PRIVEE: _____

ADRESSE DE CORRESPONDANCE: professionnelle privée

ADRESSE E-MAIL: _____

N° DE TELEPHONE:

dir.: _____ Secr.: _____ Mobile: _____

PROFESSION: Physicien Médecin Biologiste Ingenieur

TRM Technicien 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 dûement rempli à:

Mme
Silvia Kleiner
Bernstrasse 103a
3052 Zollikofen