



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: _____

NATIONALITE: _____ DATE DE NAISS.: _____

ADRESSE PROF.: _____

ADRESSE PRIVEE: _____

ADRESSE DE CORRESPONDANCE: Professionnelle Privée

ADRESSE E-MAIL: _____

N° DE TELEPHONE:

dir.: _____ Secr.: _____ Centr.: _____

N° DE FAX : _____

PROFESSION: Médecin Biologiste Ingenieur TRM
 Physicien 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** Autres (détails svp) _____

LANGUE DE CORRESPONDANCE:

allemand

français

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:

Abt. für Med. Strahlenphysik, Inselspital
3010 Bern

Indication: l'abonnement au journal «Zeitschrift für Medizinische Physik» commence dès l'admission officielle dans la SSRPM suite à l'assemblée générale d'automne (habituellement avec le cahier no 1 de l'année suivante).

Dans le cas où vous désireriez des cahiers avant, prière de contacter wolf.seelentag@kssg.ch