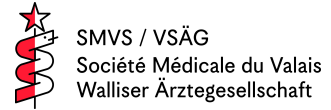


**DEMANDE D'ADMISSION
A LA SOCIETE MEDICALE DU VALAIS**



Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>
Origine	<input type="text"/>
Nationalité	<input type="text"/>
Adresse privée (Rue + NPA)	<input type="text"/>
Tél. privé	<input type="text"/>
E-mail privé	<input type="text"/>
Diplôme fédéral de médecin obtenu le	<input type="text"/>
Ville/pays	<input type="text"/>
Titre de spécialiste obtenu le	<input type="text"/>
Ville/pays	<input type="text"/>
Adresse professionnelle	<input type="text"/>
Tél. prof.	<input type="text"/>
Fax prof.	<input type="text"/>
Mobile	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>
Date du début de l'activité	<input type="text"/>
Au taux de	<input type="text" value=""/> %
Fonction (si en hôpital)	<input type="text"/>
Je suis déjà membre d'une autre société cantonale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, laquelle	<input type="text"/>
Mon parrain / Ma marraine, membre de la SMVS depuis 5 ans	<input type="text"/>
Lieu et date	<input type="text"/>
Signature	<input type="text"/>

Le/la soussigné/e autorise la SMVS à mettre sur son site internet, dans la partie réservée aux membres, les informations ci-dessus ainsi que la photo.