



FORMULAIRE D'ADHESION COMME MEMBRE SPPA

NOM :

PRENOM:

TITRE :

POSITION:

INSTITUTION:

- RUE:

- CP/LIEU:

- PHONE: / FAX:

- E-MAIL:

Est-ce que vous acceptez que votre adresse soit transmise à des tiers?

Oui **Non**

Je suis membre de la SSPP: **Oui** **Non**

Titre approfondie en psychiatrie et psychothérapie de la personne âgée obtenu en l'année / date :

Veillez joindre s'il vous-plaît la copie du titre.

DATE: **SIGNATURE :**

COTISATION ANNUELLE :

CHF 200.- pour membres ordinaires et membres extraordinaires der la SPPA

CHF 100.- pour membres assistants (**veillez joindre s'il vous-plaît la confirmation de la clinique**, des médecins en voie de formation de spécialiste en Psychiatrie/psychothérapie. L'affiliation sous cette forme s'arrête au moment de l'obtention du titre de spécialiste ou en cas de cessation de l'activité en tant que médecin-assistant).

Envoyez le formulaire d'inscription à l'adresse mentionnée ci-dessous s.v.p.