



**FOEDERATIO MEDICORUM PRACTICORUM
FOEDERATIO MEDICARUM PRACTICARUM**

Demande d'admission / fiche de mutation

Nom

Prénom

Date de naissance

Adresse

Timbre du cabinet

Rue

NPA/Lieu

Tél.

Fax

E-Mail

Lieu et date: _____ Signature: _____

Envoyez à: A. Benyamini, FMP-Sekretariat, Dübendorfstrasse 11a, 8117 Fällanden
Tél. 044 825 20 59, Fax 044 825 21 50, E-Mail: secretariat@fmp-net.ch