



Médecins Fribourg
ÄrztInnen Freiburg

Cabinets médicaux organisés en tant que personne morale Questionnaire d'admission au sein de MFÄF

Nom de la personne morale :	Date d'inscription au registre du commerce :
Spécialité(s) :	N° IDE :
N° GLN de la structure :	N°RCC de la structure :
E-mail :	Téléphone :
Site web :	

Médecin représentant du cabinet médical (membre ordinaire MFÄF)

Nom :

Prénom :

Selon les statuts de MFÄF, le médecin représentant du cabinet médical certifie que :

Les droits de propriétés sont majoritairement en mains des médecins qui y exercent ;

Les directions opérationnelles et stratégiques sont exclusivement en mains des médecins qui y exercent ;

Le cabinet médical s'engage à respecter les statuts, les règlements et les décisions de MFÄF et de la FMH et à fournir sur demande de MFÄF toute information complémentaire utile au traitement du dossier.

Lieu, date :

Signature(s) autorisée(s) selon inscription au registre du commerce

Nom, prénom :

Nom et prénom :

Fonction :

Fonction :

Signature :

Signature :

Nous vous prions de joindre à ce questionnaire les documents suivants :

1. Extrait du registre du commerce
2. Autorisation d'exploiter délivrée par le canton
3. Liste des médecins qui exercent dans la structure (voir page suivante, à remplir uniquement si plus d'un médecin employé par la structure)

Nous vous remercions de retourner votre dossier par mail à secretariat@smcf.ch

MFÄF

Médecins Fribourg - Ärztinnen und Ärzte Freiburg

Rue de l'Hôpital 15, CP 592, 1701 Fribourg | T 026 350 33 00 | contact@smcf.ch | www.mfaf.ch



Médecins Fribourg
ÄrztInnen Freiburg

Données personnelles des médecins employés facturant sous le numéro RCC de l'institution :

Nom	Prénom	Date de naissance	Numéro GLN	Taux d'activité canton FR	Taux activité hors canton FR	Spécialités	Membre MFÄF	Non-membre	Membre autre société cantonale*

*Veuillez nous fournir une attestation de membre