

## Demande de reconnaissance des formations continues et de perfectionnements comme

### «*Événement recommandé par SwissMemoryClinics*»

#### Manifestation

Désignation:

Localité et date:

Groupe cible:

Durée effective de la formation continue (sans pause, sans programme cadre):

#### Requérant(e)

Titre:

Prénom:

Nom:

E-mail (= adresse où est envoyé le label):

Fonction:

Institution:

Sponsoring (sociétés pharmaceutiques, en technologies médicales):

Éventuellement représentée par (par ex. entreprises événementielles):

Adresse:

NPA/Localité:

Téléphone:

---

Exonération des frais si les critères suivants sont remplis:

- La participation à l'événement est gratuite
- L'événement est organisé par des fournisseurs non commerciaux
- Il n'y a pas de mono-sponsoring par des entreprises pharmaceutiques ou de technologie médicale

Sinon, des frais de CHF 200.00 par événement sont applicables pour le traitement de votre demande

**Annexe : brève description du contenu de la manifestation (extrait, programme détaillé)**

Date: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_