



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Demande d'admission en qualité de membre partenaire

Nous sollicitons notre admission en tant que **membre partenaire de la catégorie P1** (article 7 des status) auprès de **H+ Les Hôpitaux de Suisse**.

Institution:

Adresse:

Case postale:

NPA/localité:

Canton:

Téléphone:

E-mail:

www:

Informations relatives à votre institution:

Veuillez indiquer la personne responsable de votre direction ci-dessous
(Nom, Prénom, Fonction, Téléphone, E-mail):

Direction:

Veuillez préciser l'**organisme responsable** et la **forme juridique** de votre institution:

Organisme resp.:

Forme juridique:

Veuillez préciser les **chiffres clés** ci-dessous de l'année précédente.

Lits:

Sorties:

Journées d'hospitalisation:

Veillez joindre à votre demande d'admission les éventuels documents complémentaires existants de votre institution (rapport annuel, organigramme, extrait du registre du commerce, brochures d'informations, etc.).

Je/nous confirme/ons avoir reçu les statuts et avoir pris connaissance des droits et devoirs actuellement liés à la qualité de membre, selon articles 4 à 20.

Je/nous déclare/ons accepter que H+ Les Hôpitaux de Suisse utilise les données des statistiques médicales et administratives de l'Office fédéral de la statistique OFS relatives aux hôpitaux et aux instituts médico-sociaux.

Veillez imprimer le formulaire dûment rempli, le signer et le retourner à l'adresse ci-dessous.

Date:

Timbre et signature/s:

Envoyer le formulaire à:

H+ Les Hôpitaux de Suisse, Administration des membres, Lorrainestrasse 4a, 3013 Bern