



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 P2, P3, P4 ou P7** (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 **la forme juridique et la catégorie H+** de votre institution:

**Forme juridique:**

**Catégorie H+:**

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.

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