

Autorisation de publication de vos coordonnées professionnelles sur le site LymphoSuisse

A retourner

- par e-mail : info@lymphosuisse.ch
- par fax : +41213140761
- par poste : LymphoSuisse
c/o Service d'angiologie
Ch. de Mont-Paisible 18
CH-1011 Lausanne

Titre

Nom Prénom

Cabinet

Adresse

N.P Localité

Région Canton

Tél..... Fax

Email.....

Profession

Niveau de formation

- Formation de base DLM
- Thérapeutique (DLM + bandages)
- Thérapeutique avancé (DLM + bandages + formation continue)
- CAS Angio
- Infirmière spécialisée :
- Technicien en orthopédie, formation spécifique mesure bas tricoté à plat
- Médecin généraliste
- Médecin angiologue
- Médecin spécialiste :
- Autre :

Remboursé par l'assurance de base :

Remboursé par les assurances complémentaires :

Par ma signature, je certifie l'exactitude des informations ci-dessus et j'autorise que mes coordonnées soient publiées sur le site LymphoSuisse.

DateSignature