



Büro für zahnmedizinische Weiterbildung
Bureau pour la formation postgrade
Ufficio per la formazione postgrado
Bureau for dental postgraduate education

Formulaire d'inscription pour la formation postgrade en médecine dentaire générale

Informations sur le médecin-dentiste assistant en formation postgrade

Nom/Prénom _____
Date de naissance _____
Adresse _____
Adresse électronique _____
Diplôme (année d'obtention/lieu)
(pour les diplômés étrangers, en
sus : reconnaissance par la Suisse) _____

Engagement aux fins de la formation postgrade

Cabinet de la formation postgrade
– nom et adresse _____
Responsable de la formation
postgrade _____
Date de début de la formation
postgrade _____
Engagement en % (min. 40 %) _____

Convention

Le médecin-dentiste assistant en formation postgrade et le responsable de la formation postgrade confirment par la signature ci-dessous qu'ils ont lu et compris le règlement régissant la formation postgrade et qu'ils l'ont accepté.

Lieu, date _____ Lieu, date _____

Médecin-dentiste assistant _____ Responsable de la
en formation postgrade _____ formation postgrade _____

Le formulaire d'inscription doit être envoyé au Bureau pour la formation postgrade en médecine dentaire BZW, Thunstrasse 7, case postale, 3001 Berne, dans les quatre premières semaines suivant le début de la formation postgrade, afin que le cursus de formation postgrade puisse être reconnu. Un formulaire par cabinet de formation postgrade est envoyé.