



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 diplômes 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, Münzgraben 2, 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.