

AFC Gastroskopie (SSG): demande

Nom	
Prénom	
Rue	
NPA / Lieu	
Email	
Date de naissance	
Période de formation du / au	
Fonction	
Établissement de formation	
Personne responsable	
Titre de spécialiste + Date	
Membre SSGSGG	OUI NON
GLN	

I. Gestes effectués par la candidate / le candidat

	Nombre		
	Année	Année	Année
Gastrosopies (min. 400)			
dont 20 avec hémostases endoscopiques y compris ligature de varices			

Lieu, Date	
Signature Candidat /e	

Lieu, Date	
Signature Personne responsable	

SVP joindre la liste des examens effectués lors de la formation (formulaire 4).

Envoyer à:

Secrétariat SSGSGG
c/o gkaufmann Verbandsmanagement
Wattenwylweg 21
3006 Bern
office@sggssg.ch