



Anmeldung zur mündlichen Facharztprüfung 2019

Persönliche Daten

Titel

Name, Vorname

Institution

Abteilung

Strasse

PLZ Ort

Email (privat)

Tel

Geburtsdatum

Fachspezifische Weiterbildung

Von (MM/JJ) bis (MM/JJ) Weiterbildungsstätte

Bevorzugte Prüfungssprache (wird nach Möglichkeit berücksichtigt)

deutsch französisch italienisch

Ort, Datum:

Unterschrift: _____

Bitte legen Sie folgende Dokumente als PDF bei: e-Logbuch, Evaluationsprotokolle

Bitte per Email an die Geschäftsstelle, vielen Dank. **info@sgmo.ch**

Sie erhalten innerhalb von 5 Arbeitstagen eine Anmeldebestätigung per Email.