**Formulaire de Demande Affiliation AG-KAPT**

**Nous nous réjouissons de votre intérêt et nous sommes ravis de vous offrir une affiliation gratuite.**

**Veuillez nous envoyer le formulaire rempli à** **agkapt@swisscardio.ch****!**

|  |  |
| --- | --- |
| **Adresser à (Mme ou M.)** |  |
| **Prénom** |  |
| **Nom** |  |
| **Date de naissance** |  |
| **Adresse professionelle** |
| **Institution** |  |
| **Rue** |  |
| **Code postal, Lieu** |  |
| **Téléphone** |  |
| **E-Mail** |  |
| **Adresse privée** |
| **Rue** |  |
| **Code postal, Lieu** |  |
| **Téléphone** |  |
| **E-Mail** |  |
| Veuillez m’envoyer votre information à mon adresse professionelle  adresse privée **(cocher svp.)** |
| **Domaine d’activité en cardiologie** |
|   |
|   |
| **Connaissance des langues** |
| Allemand |  |
| Anglais  |  |
| Français  |  |
| Italien  |  |
| Autre |  |
|   |
| **Expérience dans le domaine Cardiovasculaire** |
|   |
|   |
| **Idées / Propositions pour le groupe de travail** |
|   |
|   |
| **Je suis intéressé(e) à une affiIiation au groupe(s) d’intérêt suivant(s) et j’aimerais obtenir plus d’informations.****Nous sommes ravis de transmettre votre demande.**  |
|  **GI Cardiopathies Congénitales (Coût Fr. 40.-/an)** | [http://www.ag-kap.ch/public/igconhd/francais.asp?l=fr](http://www.ag-kap.ch/public/igconhd/francais.asp?l=frr) |
|  **GI Consultations d’insuffisance cardiaque (Coût Fr. 30.-/an)** | <https://www.ig-hib.ch/> |
|  **GI Professionels en Rhythmologie (sans coût annuel)**  | <http://www.ig-ar.ch/> |
| **Date** | **Signature** |