**Demande d’attribution de crédits SPHD pour une offre de formation continue dans le domaine de la prévention et la santé publique (Congrès / Symposiums / Conférences / Ateliers)**

*Veuillez noter : Le demande doit être* ***accompagnée des programmes et liste des enseignants*** *liés à la formation (délai : 1 mois avant la formation).* ***La demande est accompagnée de frais*** *à hauteur de 200 frs. Ces frais servent à l’évaluation du dossier et seront dans tous les facturés.*

**Information sur l’auteur de la requête**

Organisation / Requérant(e) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Type d‘organisation : □ Clinique / Organisation médicale

 □ Service public (par ex. Cantons ou médecine scolaire) □ Assurance maladie

 □ Entreprise pharmaceutique

 □ Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Personne responsable (Nom, Prénom) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Site Internet : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Information sur l’offre de formation continue**

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Responsabilité scientifique* :

Titre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nom, Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titre FMH : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Durée maximale* (sans les pauses et les parties conviviale, etc.) :

\_\_ H. \_\_ Min, dont exercices pratiques : \_\_ H \_\_ Min; et Atelier : \_\_\_\_ H \_\_\_\_ Min

**Attestation et signature**

*La personne soussignée confirme la véracité des informations dans le présent formulaire :*

Nom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lieu/Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Veuillez laisser cette section vierge.

**Nombre de crédit : Visa :**