

**Demande d'attestation de formation complémentaire**  
**Traitement interventionnel de la douleur (SSIPM)**  
(selon les dispositions transitoires dans le programme du 1.7.2007)

**Frais:** Membres SSIPM: CHF 500.00  
Non-membres: CHF 1000.00

**Adresse privée:**

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_  
Titre: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_  
Membre FMH Oui  No membre \_\_\_\_\_ NON   
Rue: \_\_\_\_\_  
NPA/Lieu: \_\_\_\_\_  
Tél.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

**Adresse professionnelle:**

Cabinet/Institut/Hôpital: \_\_\_\_\_  
Fonction: \_\_\_\_\_  
Rue: \_\_\_\_\_  
NPA/Lieu: \_\_\_\_\_  
  
Télé.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
  
E-Mail: \_\_\_\_\_

**7. Dispositions transitoires**

Les spécialistes en anesthésie, neurologie, neurochirurgie, médecine physique et rééducation, chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, radiologie, rhumatologie, ainsi que les spécialistes d'autres disciplines bénéficiant d'au moins 6 années d'expérience clinique, obtiennent l'attestation de formation complémentaire sur demande sans autres formalités, lorsqu'ils ont exercé une activité interventionnelle régulière jusqu'au 31 juillet 2007.

Titre de spécialiste: \_\_\_\_\_

Expérience clinique à partir de: \_\_\_\_\_

Activité interventionnelle à partir de: \_\_\_\_\_

Lieu/date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_