



Attestation de formation complémentaire en gastroscopie (formulaire 3)

Dispositions transitoires

Nom	Prénom	Date de naissance
Rue	Lieu	
Tel	Fax	e-mail
No FMH	No EAN	No Concordat
Membre SGGSSG	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Activité:	Cabinet	<input type="checkbox"/>	Hôpital	<input type="checkbox"/>	Cabinet et Hôpital	<input type="checkbox"/>
Titre FMH				Date
Activité indépendante en gastroscopie (au moins deux ans)					
Nombre de gastroscopies effectuées lors des deux dernières années (au moins 100)*					
Nombre total de gastroscopies (au moins 400)					
Avec hémostase endoscopique ou sclérose de varices (au moins 20)					

Prrière de joindre le formulaire 4 avec toutes les gastroscopies effectuées en 2004 et 2005.

Lieu, date, signature, timbre du cabinet

Adresser à : Prof. Gian Dorta, Service de gastro-entérologie, CHUV 1011 Lausanne,
T +41 21 314 06 80, Fax +41 21 314 07 07, e-mail : gian.dorta@chuv.ch