

Demande de validation: formation continue d'autres organisations

| Nom, prénc | m | | |
|--|---|-------------------------------------|-----------------|
| Code posta | e, ville | | |
| | | | |
| Date | Nom et lieu de la session | | Nombre d'heures |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Les événements d'autres organisations sont évalués sur la base maximale de 4 crédits de formation de 45 minutes chacun par demi-journée, si les conditions suivantes sont remplies: a) Il s'agit d'un événement pour médecins et b) le thème de l'événement se rapporte directement à l'appareil moteur et c) une attestation de participation est présentée. | | | |
| Au maximum 2 | 5 crédits obtenus en participant à des événements | d'autres organisations peuvent être | e reconnues. |
| Pour chaque manifestation, prière de joindre une attestation de participation ainsi qu'une copie du programme. | | | |
| Lieu et date | | Signature | |
| A retourne | r à: | | |