**Formulaire d’inscription**

**\*\*\***

**Examen de spécialiste en vue de l’obtention de la formation approfondie en psychiatrie et psychothérapie forensique**

Vendredi, 14 novembre 2025

Universitäre Psychiatrische Kliniken, Klinik für Forensik, Wilhelm Klein-Strasse 27, 4002 Basel

**Identité:**

Titre:       Date de naissance:

Madame: [ ]  Monsieur: [ ]

Nom:       Prénom:

**Adresse privé:**

Rue:       NPL/Lieu:

Tél. :       Portable :       Fax:

E-mail:

**Adresse de traville:**

Institution:

Rue:       NPL/Lieu:

Diplôme de médecin: Quand       Où

# Formation à l‘ établissement de formation postgraduée

Lieu de formation: de       à

 Hôpital

 Clinique

 Médecin responsable

Sceau et signature du responsable actuel du lieu de formation:

Frais d’examen : **CHF 900.–**  (la confirmation d’inscription et la facture suivront par e-mail)

Lieu, date: Signature: ­­­

**Délai d’inscription :**

**Renvoyez le formulaire d'inscription jusqu’au 26 septembre 2025 (timbre postal compte) à l’adresse mentionnée ci-dessous ou par e-mail à** **info@swissforensic.ch****.**