**Formulaire de demande  
Reconnaissance des groupes d’intervision**

**Date et durée de la réunion du groupe d'intervision**

Date:

Durée:

(en heures et minutes, sans la pause - 1 crédit est accordé par heure)

**Lieu de la réunion du groupe d’intervision**

**Nom du groupe d’intervision (facultatif)**

(par exemple, Groupe d’intervision Psychiatrie de la SIM, région de Genève)

**Responsable du groupe d’intervision**

Civilité:

Titre:

Prénom:

Nom:

**Participants à la réunion du groupe d’intervision**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Civilité | Titre | Prénom | Nom | E-mail |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Veuillez envoyer le formulaire de demande **sous forme** **électronique** **à**  
[info@swiss-insurance-medicine.ch](mailto:info@swiss-insurance-medicine.ch)