À l’attention du: Swiss Insurance Medicine

c/o Medworld AG

Administrative Office

Sennweidstrasse 46

CH-6312 Steinhausen

Ou par courriel à: [info@sim-ig.ch](mailto:info@sim-ig.ch)

**Consentement à la publication sur la liste des experts certifiés SIM:**

Je suis d’accord avec la publication de mes données:

|  |  |
| --- | --- |
| Titre académique |  |
| Nom, prénom |  |
| Certificat SIM | Expert médical certifié SIM  Expert chiropraticien certifié SIM  Expert en neuropsychologie certifié SIM  Médecin certifié en Appréciation de la Capacité de Travail |
| Titre de médecin spécialiste,  titre de neuropsychologue,  titre de chiropraticien  (plusieurs mentions possibles) |  |
| Disponibilité | J‘accepte des mandats externes  Je **n**’accepte **pas** de mandat externe |
| Adresse du cabinet  ou / et  du lieu de travail (institution) |  |
| Numéro de téléphone |  |
| Numéro de fax |  |
| Courriel |  |
| Site internet |  |
| Région | Argovie/Soleure  Suisse orientale/Grisons  Bâle  Tessin  Berne  Vaud/Bas-Valais  Fribourg  Winterthour/Schaffhouse  Genève  Suisse centrale  Neuchâtel/Jura  Zurich  Haut-Valais |
| Langue maternelle |  |
| Autres compétences linguistiques | Allemand  Portugais  Français  Albanais  Italien  Turc  Anglais  Serbo-croate  Espagnol  Autres: |

Je **ne suis pas** d’accord avec la publication de mes données.

Remarque: l’accord peut être révoqué par écrit en tout temps.

Si vous exercez votre activité en tant qu’employé, il peut être opportun de prendre l’avis de votre employeur.

Lieu/date: Signature:

