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

**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 cabinetou / etdu 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:

      