

Formulaire d'inscription – Reconnaissance auprès de l'Office des thérapeutes EGK

Toute reconnaissance auprès de l'Office des thérapeutes EGK requiert l'enregistrement d'une ou plusieurs méthode(s) reconnue(s) par EGK auprès du Registre de Médecine Empirique RME.

En faisant parvenir le formulaire d'inscription signé, vous manifestez expressément votre intention de vous inscrire auprès de l'Office des thérapeutes EGK dans le but de vous faire reconnaître en tant que thérapeute EGK. La reconnaissance par EGK est valable pour les méthodes enregistrées auprès du RME qui sont admises par EGK-Caisse de Santé selon la liste des méthodes RME actuellement en vigueur. Cette liste est disponible sur le site Internet du RME. La durée de validité de la reconnaissance est toujours d'un an, soit du 1^{er} janvier au 31 décembre, et les frais annuels se montent à CHF 42.- (hors TVA).

- **La reconnaissance prend effet le premier jour du mois qui suit la réception du formulaire d'inscription**
- **L'année de l'inscription, la reconnaissance est valable du mois de l'enregistrement au 31 décembre.**

Veillez envoyer le formulaire d'inscription entièrement rempli **avec une copie du Certificat RME actuel**, soit par courrier électronique à info@fondation-sne.ch (en scannant les documents demandés), soit par courrier postal à l'adresse ci-dessous:

**EGK-Office des thérapeutes
Dornacherplatz 19
4500 Soleure**

Numéro RCC:	N° RME:	Date de naissance:
Civilité:	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	
Nom:	Prénom:	
Langue de correspondance:	<input type="checkbox"/> Allemand	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Italien

Adresse d'envoi des factures	
Rue, n°:	Case postale:
NPA, localité:	
E-mail:	Tél./tél. portable:

Avec ma signature, je confirme l'acceptation des «Lignes directives pour l'enregistrement des membres de l'Office des thérapeutes d'EGK»

Lieu, date et signature: _____

Cabinet 1	
Nom du cabinet	
Rue, n°:	Case postale
NPA, localité:	
Téléphone:	Fax:
E-mail:	www.

Cabinet 2	
Nom du cabinet:	
Rue, n°:	Case postale
NPA, localité:	
Téléphone:	Fax:
E-mail:	www.

Cabinet 3	
Nom du cabinet:	
Rue, n°:	Case postale
NPA, localité:	
Téléphone:	Fax:
E-mail:	www.

Remarques / Observations
