



Statistique suisse des interruptions de grossesse

Demande d'enregistrement

Après réception de votre demande d'enregistrement, nous vous donnerons accès au système d'annonce en ligne. Vos nom d'utilisateur et mot de passe vous seront envoyés par **e-mail**.

Canton: _____
Hôpital, cabinet médical: _____
Département hospitalier: _____
Rue / N°: _____ / _____
Case postale: _____
NPA / Localité: _____ / _____

Chargée(s) des annonces:

1. Titre / Nom / Prénom: _____ / _____ / _____
Adresse E-Mail: _____

2. Titre / Nom / Prénom: _____ / _____ / _____
Adresse E-Mail: _____

3. Titre / Nom / Prénom: _____ / _____ / _____
Adresse E-Mail: _____

Signature et cachet du médecin responsable:

Date / Signature: _____ / _____

Cachet:

Veillez retourner ce formulaire scanné à: interruptio@bfs.admin.ch