



SCHWEIZERISCHE GESELLSCHAFT FÜR NEUROCHIRURGIE
SOCIETE SUISSE DE NEUROCHIRURGIE
SOCIETA SVIZZERA DI NEUROCHIRURGIA
SWISS SOCIETY OF NEUROSURGERY

www.swissneurosurgery.ch

Request for credits
Demande d'attribution de crédits
Gesuch um Vergabe von Credits der SGNC

Applicant/Demandeur/Gesuchsteller: Name/Nom/Name
Address/Adresse/Adresse
Affiliation/Affiliation/Mitgliedschaft
Tel./Fax E-Mail

Organisation/Organisation/Organisation: Clinic/medicinal organisation
Clinique/organisation médicale
Klinik/medizinische Organisation

Pharmaceutical corporation
Entreprise pharmaceutique
Pharmaunternehmen

Other
Autres
Andere

Date/Location
Date/Lieu
Datum/Ort

Titel of the further training/Titre de la manifestation/Titel der Fortbildung:

Gewünschte Anzahl Credits:

Scientific Responsibility/Responsable Scientifique/Wissenschaftliche Verantwortung:

Name/Nombre/Name
Address/Adresse/Adresse
Affiliation/Affiliation/Mitgliedschaft
Tel./Fax E-Mail

Duration of the further training/Durée de la manifestation/Dauer der Fortbildung:
Number of half-days/Nombre de demi-journées/Anzahl Halbtage:

Further information, Webpage/information, site web/weitere Informationen, Webseite:



SCHWEIZERISCHE GESELLSCHAFT FÜR NEUROCHIRURGIE
SOCIETE SUISSE DE NEUROCHIRURGIE
SOCIETA SVIZZERA DI NEUROCHIRURGIA
SWISS SOCIETY OF NEUROSURGERY

www.swissneurosurgery.ch

Please send the complete schedule with program as mail or letter post to:
Veuillez retourner le formulaire complété avec programme ci-joint à direction de:
Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Gesuch mit Programm per E-Mail oder Post an:

HUG
Monsieur PD Dr. Philippe Bijlenga
Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4
1205 Genève
philippe.bijlenga@hcuge.ch

Credits:

Signature SGNC:

Credits:

Signature SSNC:

Bestätigte Credits:

Unterschrift SGNC: