

Inscription au processus de reconnaissance/ Audit par la commission SFCNS d'épilepsie comme :

Centre de diagnostic préopératoire de l'épilepsie

Phase 1

Nom (Institution et directeur) du centre partenaire Phase 1+2 :

.....

ou

Phase 1+2

**Nom (institution et directeur) du centre partenaire en chirurgie de
l'épilepsie:**

.....

Centre de chirurgie d'épilepsie

Nom (institution et directeur) du centre partenaire pour Phase 1+2 Partner:

.....

En crochant les cases respectives, vous déclarez que, selon votre estimation, le centre remplit les critères publiés dans le site web SFCNS, et que vous souhaitez être vérifiés par la commission SFCNS de l'épilepsie pendant l'année 2015

Veuillez envoyer ce formulaire **jusqu'au 31 décembre 2014** à l'adresse suivante :
SFCNS, c/o IMK AG, Anna Schmidt, Münsterberg 1, 4001 Basel

Les frais d'audit montent à CHF 9'800.- (excl. VAT).

60 % des frais, soit, CHF 5'880.- (excl. VAT) sont dûs lors de votre inscription et devront être versés jusqu'au 31 décembre 2014 sur le compte suivant :
UBS AG, 4002 Basel, lautend auf SFCNS, c/o IMK AG, Münsterberg 1, 4001 Basel,
IBAN : CH41 0023 3233 6425 5001 Q

40 % des frais, soit, CHF 3'920.- (excl. VAT) sont à payer dans les 30 jours après réception du rapport d'audit.

**Un rapport d'audit positif est une condition préalable, mais n'implique pas
l'acceptation de votre centre par l'organe de décision du CIMHS-CDS.**

CIMHS : Convention intercantonale de la médecine hautement spécialisée

CDS : Conférence cantonale des directrices et directeurs cantonaux de la santé

Lieu, Date

.....
Nom, Dépt., Fonction
Neurochirurgie

.....
Signature

.....
Nom, Fonction, Direction

.....
Signature