

## Autorisation de publication de vos coordonnées professionnelles sur le site LymphoSuisse

A retourner

- par e-mail : info@lymphosuisse.ch
- par fax : +41213140761
- par poste : LymphoSuisse  
c/o Service d'angiologie  
Ch. de Mont-Paisible 18  
CH-1011 Lausanne

Titre .....

Nom ..... Prénom .....

Cabinet .....

Adresse .....

N.P ..... Localité .....

Région.....Canton.....

Tél..... Fax .....

Email.....

Profession .....

Niveau de formation (Merci de joindre certificats ou diplômes)

- Formation de base DLM
- Thérapeutique (DLM + bandages)
- Thérapeutique avancé (DLM + bandages + formation continue)
- CAS Angio (Certificate Advanced Studies)
- Infirmière spécialisée : .....
- Technicien en orthopédie, formation spécifique mesure bas tricoté à plat
- Médecin généraliste
- Médecin angiologue
- Médecin spécialiste : .....
- Autre : .....

Prestation à domicile :

Remboursé par l'assurance de base :

Remboursé par les assurances complémentaires :

Par ma signature, je certifie la véracité des informations ci-dessus et j'autorise que mes coordonnées soient publiées sur le site LymphoSuisse.

Date .....Signature .....