

Obligatorische Beilage Anmeldung schriftliche Schlussprüfung *Annexe obligatoire inscription examen final écrit*

Bisher absolvierte Weiterbildung Orthopädie/Traumatologie (**Bitte am Computer oder in Blockschrift ausfüllen**):

Formation postgraduée (orthopédie/traumatologie) suivie jusqu'à présent (à remplir sur l'ordinateur ou en lettres capitales svp)

Wie lange (in Monaten) haben Sie welche Weiterbildung (Chirurgie, Orthopädie und Traumatologie) in welchen anerkannten Weiterbildungsstätten absolviert? (**gerundet, Teilzeit WB bitte in 100%-Arbeit umrechnen**)

Durant combien de mois avez-vous suivi quelle formation postgraduée (chirurgie, orthopédie, traumatologie) dans quel établissement de formation? (transformer formations à temps partiel en équivalent 100%)

Name & Vorname Kandidat/in:

Nom & Prénom candidat/e: _____

Von (Monat/Jahr)	bis (Monat/Jahr)	Dauer (Monate)	Wo - WB-Stätte / Abteilung Bitte nur Chirurgie, Orthopädie und Traumatologie auführen	Leiter der WB-Stätte
De (Mois/Année)	À (Mois/Année)	Durée (Mois)	Où - Établissement de formation / département Indiquer uniquement Chirurgie, Orthopédie et Traumatologie	Responsable établissement de formation
Summe / somme			bis zum Datum des Anmeldeschlusses <i>jusqu'à la date limite d'inscription</i>	

Datum und Unterschrift Kandidat/in :

Date et signature candidat/e : _____

Datum und Name (in Blockschrift), Stempel und Unterschrift des aktuellen WB-Stätten-Leiters:

Date, nom (en lettres capitales), tampon et signature du responsable de l'établissement de formation postgraduée actuel :
