**Confirmation de l’activité professionnelle avec ordonnance de laboratoire en 2015 et 2016**

Ce document doit être rempli par votre employeur ou, dans le cas d’une pratique de groupe, par votre partenaire de pratique.

Je certifie par la présente, que:

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom du demandeur du certificat de formation laboratoire du praticien conformément au régime transitoire |  |
| Au cours de la périodedu :au: |  |

**a travaillé dans notre cabinet et a prescrit des services de laboratoire dans nos locaux au cours de cette période.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom de l’employeur (pour les cabinets de groupe, nom et prénom du partenaire de cabinet) |  |
| Cabinet médical  |  |
| Lieu et date |  |
| Timbre/Signature |  |

**Collège de médecine de premier recours – Fondation Suisse pour la promotion des soins de santé primaires**

Ruede l’Hôpital 15, Case postale 1552, 1701 Fribourg | Tel. 031 370 06 70 | e-mail: khm@hin.ch