Demande d'autorisation pour un magasin spécialisé AA/AM

Ce formulaire doit être dûment rempli par le magasin spécialisé effectuant la demande. Son propriétaire s'engage à respecter les contrats et annexes en vigueur publiés sur www.mtk-ctm.ch et à en assumer les conséquences juridiques.

Adresse du magasin spécialisé AA/AM		
Nom de l'entreprise		
Rue, n°		
NPA / localité		
GLN magasin spécialisé AA/AM		
Tél.		
E-mail		
Horaires d'ouverture du magasin spécialisé AA/AM		
Nombre de jours d'ouverture par semaine		
Nombre de jours consacrés chaque semaine à l'adaptation de systèmes auditifs		
Audioprothésiste AA/AM **Il est indispensable de joindre une copie du brevet fédéral de spécialiste en systèmes auditifs ou du brevet fédéral d'audioprothésiste (selon l'annexe 3, art. 1.1) ou une attestation d'équivalence établie par le SEFRI (selon l'annexe 3, art. 1.2).**		
Nom et prénom de l'audioprothésiste AA/AM	GLN	Taux d'occupation

Si vous êtes membre d'une association, veuillez cocher la case correspondante:

☐ AKUSTIKA
☐ SYSTÈMES AUDITIFS SUISSE
☐ Aucune

Lieu, date: Signature du/de la propriétaire du magasin:

Annexes obligatoires:

- Audioprothésiste AA/AM: copies des brevets fédéraux ou des attestations d'équivalence du SEFRI pour les diplômes étrangers
- Magasin spécialisé AA/AM: certificat(s) d'étalonnage de l'audiomètre/des audiomètres et de la cabine audiométrique

Envoyer les formulaires et annexes à: COMMISSION PARITAIRE DE CONFIANCE
Secrétariat de la CPC, Hirschmattstr. 36, case postale 3065, 6002 Lucerne ou par e-mail à l'adresse pvk-tk@grafundpartner.ch