

**Formulaire de création / mise à jour des coordonnées de contact
pour les partenaires**

Nom, Prénom

Spécialité médicale

Rue

NPA / Ville

Numéro de téléphone

Mail sécurisé*(Numéro de fax en
l'absence de mail)**ATTENTION** *

- *Les adresses e-mails sécurisées sont à privilégier : @hin.ch, @svmed-hin.ch ou un autre domaine sécurisé de votre choix pour autant qu'il donne des garanties suffisantes en terme de protection des données.*
- *En utilisant des adresses e-mail non sécurisées ((@yahoo.com, @gmail.com, @msn.com, ou...), les documents seront envoyés de manière cryptée via HIN Global et une authentification avec SMS sera nécessaire ([HIN Mail Global](#)).*

Lieu, date _____

Signature _____

**Veillez nous retourner ce document à l'adresse suivante : faxmed.maj@chuv.ch.
Votre demande sera traitée dans les meilleurs délais.**