|  |  |
| --- | --- |
| [LOGO DE L’INSTITUTION/DES INSTITUTIONS CANDIDATE(S)] | [Date]SGIEMUniversitätsklinik für Kinderheilkunde InselspitalFreiburgstrasse 15CH-3010 Bernenetwork.iem@kosekschweiz.ch  |

Candidature de l’institution pour la désignation en tant que Centre Associé pour les maladies métaboliques rares (Associated Centre for IEM)

Mesdames et Messieurs,

Par la présente, la/le/l’[nom de l’institution] dépose sa candidature pour une désignation de son unité spécifique en tant que Centre Associé pour les maladies métaboliques rares. Notre institution a pris soin de remplir tous les documents requis et les retourne par courriel, conformément aux consignes données.

De plus la/le/l’[nom de l’institution] donne son accord pour que la SGIEM transmette les données de sa candidature à Orphanet Suisse, afin d’actualiser ou d’enregistrer ses activités dans la section du réseau national de la banque de données internationale.

En cas de question concernant notre candidature, vous pouvez vous adresser à [personne(s) de contact de l’institution].

|  |
| --- |
| Meilleures salutations, |
|  |

Signature :

[Direction médicale/ direction de l’institution]

|  |  |
| --- | --- |
| [LOGO DER SICH BEWERBENDEN INSTITUTION(EN)] | [Datum]SGIEMUniversitätsklinik für Kinderheilkunde InselspitalFreiburgstrasse 15CH-3010 Bernnetwork.iem@kosekschweiz.ch  |
|  |
| Bewerbung zur Designation als Assoziiertes Zentrum für seltene Stoffwechselkrankheiten (Associated Centre for IEM) |

Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit bewirbt sich die [Institutionsname] mit seiner spezifischen Einheit für die Designation als Assoziiertes Zentrum für seltene Stoffwechselkrankheiten. Oben genannte Institution hat alle Bewerbungsunterlagen vollständig ausgefüllt und sendet diese gemäss den Anforderungen per E-Mail zurück.

Die/der/das [Institutionsname] erklären sich hiermit ausserdem einverstanden, dass die SGIEM, ihre Bewerbung Orphanet Schweiz weiterleitet, damit die Daten der Institutionen in der Orphanet-Datenbank, im nationalen Netzwerk, aktualisiert oder neu eingetragen werden.

Bei Fragen zur Bewerbung steht Ihnen Frau/Herr [Ansprechperson(en) der Institution(en)] zu Verfügung.

|  |
| --- |
| Freundliche Grüsse |
| Unterschrift: |

[Medizinische Direktion/Leitung der Institution 1]