

Aufnahmegesuch

Anmeldung für:

- Fachärzte**
(Ärzte mit ausgewiesener Berufserfahrung und Weiterbildung in Lymphologie)

A. Eintrittstermin

Ich wünsche meine Mitglied-Aufnahme per:

Jahr: _____ Monat: _____

B. Angaben zur Person

Anrede: Herr Frau Titel:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Nationalität: _____

C. Angaben Korrespondenz / Adresse

Strasse / Hausnr. _____ Praxisname _____

PLZ _____ Ort _____

Kanton _____ Land _____

Telefon _____ E-Mail _____

Mobil _____ Website _____

D. Aus- / Weiterbildungen

Aus- / Weiterbildung	Ort	Datum / Zeitraum	Abschluss

E . SFML-Website

Ich möchte auf der SFML-Website als Ärztlicher Beirat erscheinen:

- Ja Nein

F. Liste der Beilagen (zutreffendes ankreuzen und Kopien beilegen)

- Identitätskarte oder Pass
- Diplome, Zertifikate und Kursbestätigungen der abgeschlossenen Ausbildung
- Kantonale Berufsausübungsbewilligung
- weitere Beilagen

G. Ich habe gelesen und verstanden und verpflichte mich zur Erfüllung dieser Bestimmungen:

- Statuten
- Weiterbildungsrichtlinien
- Ethischen Richtlinien
- Hygienevorschriften
- Ich nehme zur Kenntnis, dass unkorrekte Angaben zum Ausschluss aus dem Verband führen

H. Bemerkungen

I. Gebühren

Aufnahmegebühr: CHF 150.- (einmalig)

Mitgliederbeitrag: CHF 400.- (jährlich)

I. Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit aller Angaben in diesem Aufnahmegesuch und der von mir eingereichten Dokumente.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____