

Antrag zur Mitgliedschaft

Die Aufnahme erfolgt durch den Vorstand und wird Ihnen schriftlich bestätigt.

Personalien

Anrede Titel
 Vorname Nachname
 Geburtsdatum

Korrespondenzadresse

	Spital	Praxis	Privat
Spital/Praxis			Abteilung
Strasse/Nr.			Postfach Nr.
PLZ/Ort			Land
Telefon			Fax
E-Mail			

Weitere Angaben

Staatsexamen (Jahr) FMH Innere Medizin (Jahr)
 FMH-Nr. GLN-Nr.
 Assistenzarzt/-ärztin nein ja (wenn ja, bitte einen Nachweis beilegen)
 Zus. Facharzttitel nein ja, in:
 Tätigkeit Spital Praxis beides Anderes:
 Teilzeitpensum nein ja (wenn ja, bitte eine Bestätigung beilegen)

Bemerkungen

**Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per Post oder E-Mail an:
 SGAIM, Postfach, 3001 Bern | info@sgaim.ch**