

Nr./No	<input type="checkbox"/> AM FMH	<input type="checkbox"/> FMH andere
	<input type="checkbox"/> IM FMH	<input type="checkbox"/> in WB zum HA (Ass.)
	<input type="checkbox"/> Päd. FMH	<input type="checkbox"/> Pensioniert
		<input type="checkbox"/> andere

BEITRITTSERKLÄRUNG BULLETIN D'ADHESION

Name / Nom _____

Vorname / Prénom _____

Geburtsdatum / Date de naissance _____ Dr.-Titel ja/oui nein/non

Adresse Praxis / Cabinet médical Privat / Privée

Strasse / Rue _____

PLZ, Ort / Domicile _____

Tel/Tél. _____

email _____

FMH-Nummer / No-FMH	_____
Eidg. Diplom seit / Diplôme féd. depuis	_____
Hausarztstätigkeit / Activité Médecine de famille	_____ %
Teilnahme am öff. Notfalldienst / Service de garde	<input type="checkbox"/> ja/oui <input type="checkbox"/> nein/non
Praxis / cabinet médical	<input type="checkbox"/> ja/oui seit _____ <input type="checkbox"/> nein/non <input type="checkbox"/> selbständig / indépendant <input type="checkbox"/> angestellt / employé
Facharzt FMH für	<input type="checkbox"/> Allgemeinmedizin / FMH en médecine générale <input type="checkbox"/> Innere Medizin / Médecine Interne <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin/ Pédiatrie <input type="checkbox"/> Praktischer Arzt mit vergleichbarer Weiterbildung (WB-Curriculum beilegen) <input type="checkbox"/> Assistenzarzt / assistant/e <input type="checkbox"/> pensioniert / retraité <input type="checkbox"/> andere / autres
Mitglied des Hausärztesverbandes Membre de l'Association des médecins de famille:	Kanton / Canton _____

Ort und Datum / Lieu et date

(Unterschrift / Signature)

einsenden an / à envoyer au

Sekretariat Hausärzte Schweiz
Oberplattenstrasse 73
9620 Lichtensteig

info@hausarzteschweiz.ch
☎ 071 / 988 66 40
Fax 071 / 988 66 41