

## Anmeldeformular zur Mitgliedschaft – zusammen mit dem detaillierten CV an die SGPMR Geschäftsstelle einsenden

Der Antrag zur Aufnahme wird an der nächsten Vorstandssitzung behandelt. Der Eingang des Antrags und die Aufnahme werden dem neuen Mitglied von der Geschäftsstelle schriftlich bestätigt. Bitte in GROSSBUCHSTABEN und gut leserlich ausfüllen.

Personalien  Herr  Frau  Dr. med.  PD Dr. med.  Prof. Dr. med.

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Arztdiplom: Land \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

MEBEKO Anerkennung bei ausländischem Diplom: Datum \_\_\_\_\_

Facharzttitle PMR: Land \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

MEBEKO Anerkennung bei ausländischem Facharzttitle PMR: Datum \_\_\_\_\_

Zus. Facharzttitle in \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

MEBEKO Anerkennung bei ausländischem Titel: Datum: \_\_\_\_\_

FMH-Mitglied  Ja  Mitgliednummer \_\_\_\_\_  Nein

Tätigkeit  Praxis  Spital  beides  andere \_\_\_\_\_

Funktion  Chefarzt  Leitender Arzt  Oberarzt  Assistenzarzt  andere

Antrag als  ordentliches Mitglied (Facharzttitle PMR) – Jahresbeitrag CHF 250.-

ausserordentliches Mitglied (kein Facharzt PMR, anderer Facharzttitle) – Jahresbeitrag CHF 100.-

Mitglied in Weiterbildung (Assistenz- und Oberärzte, die den Facharzttitle PMR anstreben) – Jahresbeitrag CHF 100.-

Korrespondenzadresse

Praxis/Klinik \_\_\_\_\_

Strasse/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Name 1. Pate \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Name 2. Pate \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Unterschrift Gesuchsteller \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_