

Nr./No

AM FMH
 IM FMH
 Päd. FMH

FMH andere
 in WB zum HA

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 / Acivité Médecine de famille _____%

Teilnahme am öff. Notfalldienst / Garde d'urgence? ja/oui nein/non

Praxis / cabinet médicale ja/oui nein/non
 selbständig / indépendants angestellt / employé

Facharzt FMH für Allgemeinmedizin / FMH en médecine générale
 Innere Medizin / Médecine Interne
 Kinder- und Jugendmedizin/ Pédiatrie
 Assistenzarzt / Assistant/e
 andere / autres _____

Mitglied des Hausärzteverbandes / 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@hausarztswiss.ch
☎ 071 / 988 66 40
Fax 071 / 988 66 41