

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 naiss. _____

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 / 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 SGAM info@sgam.ch
 Oberplattenstrasse 73 ☎ 071 / 988 66 40
 9620 Lichtensteig Fax 071 / 988 66 41