

BEITRITTSERKLÄRUNG / BULLETIN D'ADHESION

Nr. / No

(nicht ausfüllen /
ne pas remplir)

AM FMH	1 <input type="checkbox"/>	FMH andere	4 <input type="checkbox"/>
AM o. FMH	2 <input type="checkbox"/>	Ehrenmitglied	5 <input type="checkbox"/>
Assistent	3 <input type="checkbox"/>	Korr. Mitglied	6 <input type="checkbox"/>

Name / Nom

Vorname / Prénom

Geburtsdatum / Date de naissance

Adresse

Praxis / Cabinet médical

Privat / Privée

Strasse / Rue

PLZ, Ort / Domicile

Tel/Tél.

Fax.

e-mail

FMH-Nummer / No-FMH

Eidg. Diplom seit
Diplôme féd. depuis

Dr.-Titel ja/oui nein/non

Assistenzarzt seit – bis
Médecin-Assistant depuis - jusque

Spezialarzt FMH für Allgemeinmedizin
Spécialiste FMH en médecine générale
ja/oui nein/non

andere / autres

Selbständig seit
Activité autonome depuis

Mitglied der Aerztesgesellschaft des Kantons
Membre de la Société de médecine du canton de

Mitglied des Verbandes für Allgemeinmedizin des Kantons
Membre de la Société de médecine générale du canton de

Ort und Datum / Lieu et date

.....

(Unterschrift / Signature)

einsenden an / à envoyer au

SGAM/SSMG - Sekretariat

Luzia Schneider

Oberplattenstrasse 73

9620 Lichtensteig

☎ 071 / 988 66 40

Fax 071 / 988 66 41

e-mail sgam@hin.ch