

## BEITRITTSERKLÄRUNG

Name	_____	FMH-Nr.	_____
Vorname	_____	Dr. Titel	ja                      nein
		Geb.-Datum	_____
<u>Adresse</u>	<u>Praxis</u>	<u>Privat</u>	
Strasse	_____	_____	
PLZ/Ort	_____	_____	
Tel.	_____	_____	
e-mail	_____	_____	

Facharzt für	AIM	Pädiatrie
Eidg. Diplom seit	_____	_____
Eigene Praxis	ja selbständig	nein angestellt
Hausarztstätigkeit	%	
Teilnahme am Notfalldienst	ja	nein
Mitglied der Aerztesgesellschaft des Kantons	ja	nein
Sind Sie bereits Mitglied bei Hausärzte Schweiz	ja	nein
Hätten Sie Interesse für eine standespolitische Tätigkeit	ja	nein
Wenn ja, in welchem Bereich	_____	

Gemäss Statuten sind ordentliche Mitglieder der HKO gleichzeitig auch Mitglied von Hausärzte Schweiz

Ort und Datum

Unterschrift

einsenden an:

**Haus- und Kinderärzte Ostschweiz, Sekretariat, Frau L. Schneider  
 Oberplattenstr. 73, 9620 Lichtensteig**

☎ 071 / 988 66 40, Fax 071 / 988 66 41, mail [sekretariat@hk-o.ch](mailto:sekretariat@hk-o.ch)