

BEITRITTSERKLÄRUNG

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

Facharzt für Eidg. Diplom seit Eigene Praxis Hausarztztätigkeit Teilnahme am Notfalldienst Mitglied der Aerztesgesellschaft des Kantons Sind Sie bereits Mitglied bei Hausärzte Schweiz Hätten Sie Interesse für eine standespolitische Tätigkeit Wenn ja, in welchem Bereich	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">AIM</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Pädiatrie</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td>ja <input type="checkbox"/></td> <td>nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>selbständig <input type="checkbox"/></td> <td>angestellt <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">%</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td>ja <input type="checkbox"/></td> <td>nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ja <input type="checkbox"/></td> <td>nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ja <input type="checkbox"/></td> <td>nein <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> </table>	AIM	Pädiatrie			ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	selbständig <input type="checkbox"/>	angestellt <input type="checkbox"/>	%				ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
AIM	Pädiatrie																				
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>																				
selbständig <input type="checkbox"/>	angestellt <input type="checkbox"/>																				
%																					
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>																				
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>																				
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>																				

Gemäss Statuten ist er eine interkantonale Sektion des Berufsverbandes „Hausärzte Schweiz“ und umfasst ordentliche und ausserordentliche Mitglieder der Kantone AI, AR, GL, GR, SG, SH und TG.

Ort und Datum _____	Unterschrift _____
---------------------	--------------------

einsenden an: **HKO Haus- und Kinderärzte Ostschweiz**
c/o polsan AG
Effingerstrasse 2, 3011 Bern
Alexandra Walpen Kyburz / ☎ 031/508 36 15 / E-Mail: sekretariat@hk-o.ch