



Antrag zur Mitgliedschaft

Die Aufnahme erfolgt durch den Vorstand der SGSM und wird dem neuen Mitglied schriftlich durch die Geschäftsstelle bestätigt.

Beantragter Mitgliederstatus: ordentlich (nur Ärzte und Ärztinnen)
 ausserordentlich (alle übrigen natürlichen Personen)
 Studentenmitglied

Personalien

Anrede: Herr Frau

Titel: Prof. Dr. med. PD Dr. med. Dr. med. _____

Name: _____ Vorname: _____

Geburtstag: _____

Staatsexamen Jahr: _____ FMH-Titel in: _____ FMH-Nr.: _____

FMH Titel Datum: _____ Zusätzlicher Facharzttitel in: _____

Tätigkeit: Praxis Spital Wissenschaft anderes: _____

Assistenzarzt/-ärztin: ja nein

Adresse Arbeitsort

Spital / Abteilung / Praxis: _____

Strasse / Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____

Falls Sie die Zustellung von SGSM Informationen (Zeitschrift, Kongressprogramme etc.) an eine Privatadresse bevorzugen, geben Sie diese bitte hier an:

Strasse / Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel. / Mobile: _____

E-mail: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____