

## **ANTRAG MITGLIEDSCHAFT**

### **Persönliche Daten**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname(n): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Staatsbürgerschaft : \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### **Arbeitsort**

Praxis/Institut/Spital: \_\_\_\_\_

Funktion: \_\_\_\_\_

Strasse / PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Direktwahl: \_\_\_\_\_

Sucher \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### **Aus- und Weiterbildung**

Beruf \_\_\_\_\_

Staatsexamen (Jahr / Ort) \_\_\_\_\_

Akad. Grad (datierte Angaben) \_\_\_\_\_

Facharzt für (datierte Angaben) \_\_\_\_\_

Schmerztherapie (datierte Angaben) \_\_\_\_\_

Derzeitige Tätigkeit (datierte Angaben) \_\_\_\_\_

### **Mitgliedschaften**

FMH

Weitere: \_\_\_\_\_

### **Empfohlen durch:**

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_