

## Mitgliedschaftsantrag

als:

- ordentliches Mitglied
- Mitglied in Weiterbildung
- ausserordentliches Mitglied
- Passivmitglied

Anrede:       Frau       Herr

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Akad. Titel: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

GLN (s. <http://www.medregom.admin.ch/>): \_\_\_\_\_

Korrespondenzadresse: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_

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

- Ich bin einverstanden, dass meine Mitgliedschaft (inkl. Adresse) bei der SSAPM nationalen und internationalen Fachgesellschaften (z.Bsp. ESAIC) und Kongressveranstaltern zwecks Vergünstigungen für Mitgliedschaften und Teilnahmegebühren mitgeteilt wird.
- Ich möchte sämtliche Korrespondenz ausschliesslich elektronisch auf o.g. E-Mail Adresse erhalten.

**Staatsexamen / medizinisches Abschlussexamen**

Universität: \_\_\_\_\_ Staat: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

**Doktorpromotion**

Universität: \_\_\_\_\_ Staat: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

**Facharzttitle**

Facharzt Diplom in Anästhesiologie Staat: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

Anerkennung des ausl. Facharzt Diploms durch das BAG Jahr: \_\_\_\_\_

Weitere Facharzttitle:

\_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

**Fähigkeitsausweise**

\_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

Die unterzeichnende Antragsstellerin /der unterzeichnende Antragssteller verpflichtet sich, sich an die Statuten und Beschlüsse der Gesellschaft zu halten.

Bitte Curriculum vitae beilegen und einsenden an: SSAPM, Rabbentalstr. 83, CH-3013 Bern

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_