

Anmeldeformular zur Mitgliedschaft – zusammen mit dem detaillierten CV an das SGPMR Sekretariat einsenden

Die Anmeldung erfolgt an der nächsten Mitgliederversammlung. Die Aufnahme wird dem neuen Mitglied vom Sekretariat schriftlich bestätigt.

Personalien Herr Frau Dr. med. PD Dr. med. Prof. Dr. med.

Vorname _____ Name _____

Geburtsdatum _____

Arztdiplom: Land _____ Jahr _____

MEBEKO Anerkennung bei ausländischem Diplom: Datum _____

Facharzttitle PMR: Land _____ Datum _____

MEBEKO Anerkennung bei ausländischem Facharzttitle PMR: Datum _____

Zus. Facharzttitle in _____

Land _____ Datum _____

MEBEKO Anerkennung bei ausländischem Titel: Datum: _____

FMH-Mitglied Ja Nein Mitgliednummer _____

Tätigkeit Praxis Spital beides andere _____

Funktion Chefarzt Leitender Arzt Oberarzt Assistenzarzt andere

Antrag als ordentliches Mitglied (Facharzttitle PMR) – *Jahresbeitrag CHF 250.-*

ausserordentliches Mitglied (kein Facharzt PMR, anderer Facharzttitle) – *Jahresbeitrag CHF 100.-*

Mitglied in Weiterbildung (Assistenz- und Oberärzte, die den Facharzttitle PMR anstreben) – *Jahresbeitrag CHF 100.-*

Korrespondenzadresse

Praxis/Klinik _____

Strasse/Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Name 1. Pate _____ Unterschrift _____

Name 2. Pate _____ Unterschrift _____

Unterschrift Gesuchsteller _____

Ort _____ Datum _____