

Beitritt zu den Ärztinnen Schweiz MWS

Ich möchte mit sofortiger Wirkung Mitglied der Ärztinnen Schweiz MWS werden:

Name	
Vorname	
Strasse und Nummer	
PLZ und Ort	
Geburtsdatum	
Dokortitel	ja nein
FMH-Titel	ja nein
Fachrichtung (Titel oder Tätigkeit)	
Telefon Geschäft	
Telefon Privat	
e-Mail-Adresse	
Erwerbsart	eigene Praxis angestellt Studentin andere (bitte unter Bemerkungen prä- zisieren)
Staatsexamen an der Uni	
Jahr des Staatsexamens	
Bemerkungen	

Ort und Datum:

Unterschrift:

.....

.....

Bitte das ausgefüllte und unterschriebene Formular ausdrucken und faxen an Nr. 044 714 72 31 oder per Post senden an Ärztinnen Schweiz MWS, Stampfenbachstrasse 52, 8006 Zürich, Tel. 044 714 72 30.