

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. 071 988 66 94 oder per Post senden an Sekretariat MWS, Ärztinnen Schweiz, z.H. Frau Luzia Schneider, Oberplattenstr. 73, 9620 Lichtensteig