



## ANMELDUNG ALS NEUMITGLIED

REGIONALER ÄRZTEVEREIN  
WIL UNTERTOGGENBURG

Name: .....

Vorname(n): .....

Akademischer Titel: ..... Facharzttitel: .....

Geburtsdatum: ..... Diplomjahr: ..... Universität: .....

**Praxisadresse:** .....

.....

Telefon: ..... Fax: .....

E-Mail: .....@..... Homepage: www.....

**Privatadresse:** .....

Telefon: ..... Natel: .....

E-Mail: .....@..... Homepage: www.....

Tätigkeit im Vereinsgebiet als (Praxisinhaber/in, Spitalärztin/-arzt, etc.): .....

.....

Zusätzliche berufsbezogene Aktivitäten: .....

.....

Jahr der Praxiseröffnung im Vereinsgebiet: .....

Aufnahmestatus Kant. Ärztesgesellschaft SG:  aufgenommen  pendent  offen

Bitte legen Sie Ihrer Anmeldung eine Kopie der **Berufsausübungsbewilligung** des Kantons St. Gallen und ein **Lebenslauf** bei.

**Beantragte Mitgliedschaftskategorie** (Zutreffendes ankreuzen):

ORDENTLICHES MITGLIED

AUSSERORDENTL. MITGLIED

Datum: ..... Unterschrift (Stempel):.....