

Beitrittserklärung

Name _____
Vorname _____
Akademischer Titel _____
Facharzt-Titel _____
Geburtsdatum _____

Adresse für Korrespondenz

Strasse _____
PLZ/Ort _____
Telefon _____
E-Mail _____

Angaben zum Beruf

1. Jetzige Funktion (bitte zutreffendes ankreuzen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> selbständige Praxistätigkeit | <input type="checkbox"/> Oberärztin/-arzt mit abgeschl. Weiterbildung |
| <input type="checkbox"/> Beleg- oder Konsiliarärztin/-arzt | <input type="checkbox"/> Oberärztin/-arzt in Weiterbildung |
| <input type="checkbox"/> Chefärztin/Chefarzt | <input type="checkbox"/> Assistenzärztin/-arzt in Weiterbildung |
| <input type="checkbox"/> Leitende/r Ärztin/Arzt | <input type="checkbox"/> Angestellte/r Ärztin/Arzt |
| <input type="checkbox"/> Oberärztin/-arzt mit besond. Funktion | Firma/Institution: _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | |

2. Vorgesehene Funktion (bitte zutreffendes ankreuzen)

a) Selbstständigkeit

- Neueröffnung
- Praxisübernahme von: _____
- Gemeinschaftspraxismit: _____

ab wann (genaues Datum): _____

b) Im Anstellungsverhältnis

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Beleg- oder Konsiliarärztin/-arzt | <input type="checkbox"/> Oberärztin/-arzt mit abgeschl. Weiterbildung |
| <input type="checkbox"/> Chefärztin/Chefarzt | <input type="checkbox"/> Oberärztin/-arzt in Weiterbildung |
| <input type="checkbox"/> Leitende/r Ärztin/Arzt | <input type="checkbox"/> Assistenzärztin/-arzt in Weiterbildung |
| <input type="checkbox"/> Oberärztin/-arzt mit besond. Funktion | <input type="checkbox"/> Angestellte/r Ärztin/Arzt |

ab wann (genaues Datum) _____

3. Adresse neuer Arbeitsort

Name _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

4. Arbeitspensum _____

(in vorgesehener Funktion, allenfalls aufgeteilt auf verschiedene Tätigkeiten)

Mitglied bei welchem regionalen Ärzteverein? (bitte zutreffendes ankreuzen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ärzteverein der Region St. Gallen | <input type="checkbox"/> Medizinischer Verein vom Linthgebiet |
| <input type="checkbox"/> Hygieia | <input type="checkbox"/> Ärzteverein Werdenberg-Sargans |
| <input type="checkbox"/> Toggenburger Ärzteverein | <input type="checkbox"/> Ärztlicher Regionalverein Rheintal |

wenn nicht, beantragt am _____

Ort und Datum _____

Unterschrift _____