

## Antrag zur Mitgliedschaft

Die Aufnahme erfolgt durch den Vorstand der SEMS und wird dem neuen Mitglied schriftlich durch die Geschäftsstelle bestätigt.

Beantragter Mitgliederstatus:  ordentlich (nur Ärzte und Ärztinnen)  
 ausserordentlich (alle übrigen natürlichen Personen)

## Personalien

Anrede:  Herr  Frau

Titel:  Prof. Dr. med.  PD Dr. med.  Dr. med.  \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Staatsexamen Jahr: \_\_\_\_\_ FMH-Titel in: \_\_\_\_\_

FMH Titel Datum: \_\_\_\_\_ Zusätzlicher Facharzttitel in: \_\_\_\_\_

Tätigkeit:  Praxis  Spital  Wissenschaft  anderes: \_\_\_\_\_

Assistenzarzt/-ärztin:  ja  nein

## Adresse Arbeitsort

Spital / Abteilung / Praxis: \_\_\_\_\_

Strasse / Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Falls Sie die Zustellung von SEMS Informationen (Zeitschrift, Kongressprogramme etc.) an eine Privatadresse bevorzugen, geben Sie diese bitte hier an:

Strasse / Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel. / Mobile: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

