

Aufnahmeantrag



Name/Vorname:

Korrespondenzadresse :

E-mail :

- Ich bin Arzt/Ärztin und möchte der SSAVmed als ordentliches Mitglied beitreten
- Bitte sende mir die Statuten an obgenannte E-mail-Adresse
- Ich habe den Jahresbeitrag von sFr. 100.- auf das Kto 80-56412-9 überwiesen

Datum:

Unterschrift:

Bitte senden Sie Aufnahmeanträge an:

Dr. med. Thomas Krebs, Zähringerstrasse 45, 3012 Bern, Fax.: 031 302 04 40 E-Mail:
praxis.thkrebs@hin.ch