

Beitrittserklärung



Aargauischer Ärzteverband

Die/der Unterzeichnende erklärt, dass sie/er die Statuten des Aargauischen Ärzteverbandes anerkennt. Sie/er verpflichtet sich insbesondere, die von der Hauptversammlung festgelegten Mitgliederbeiträge zu bezahlen sowie deren Beschlüsse Folge zu leisten.

Die Beitrittserklärung ist unterzeichnet im Original (kein Fax) an den Aargauischen Ärzteverband einzureichen.

Personalien

Anrede Frau Herr

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Heimatort / Staat _____

Adresse für Korrespondenz

Firma _____

Strasse _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

Telefax _____

E-Mail _____

Praxis- oder Berufsadresse

Firma _____

Strasse _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

Telefax _____

E-Mail _____

Privatadresse

Strasse _____

Ort _____

Telefon _____

Telefax _____

E-Mail _____

Ausbildung

Eidg. Staatsexamen Ort: _____ Jahr: _____

Ausländisches Staatsexamen Ort: _____ Jahr: _____

Dr.-Promotion Ort: _____ Jahr: _____

Facharzttitel _____

Berufliche Tätigkeit im Kanton Aargau (bitte Zutreffendes ankreuzen und ergänzen)

Privatpraxis mit selbständiger Abrechnung per _____ Pensum: _____%

Praxisgemeinschaft mit _____

mit selbständiger Abrechnung ohne selbständige Abrechnung

per _____ Pensum: _____%

angestellt in Praxis: _____

mit selbständiger Abrechnung ohne selbständige Abrechnung

per _____ Pensum: _____%

Chefärztin / Chefarzt / Spitaladresse: _____

per _____ Pensum: _____%

Leitende Ärztin / Leitender Arzt / Spitaladresse: _____

per _____ Pensum: _____%

Beamtete Ärztin / Beamteter Arzt / Betrieb/Institut: _____

per _____ Pensum: _____%

Oberärztin / Oberarzt / Spitaladresse: _____

per _____ Pensum: _____%

Assistenzärztin / Assistenzarzt / Spitaladresse: _____

per _____ Pensum: _____%

andere / weitere Tätigkeiten:

Belegärztin/-arzt in öffentlicher Klinik: _____ Pensum: _____%

Belegärztin/-arzt in privater Klinik: _____ Pensum: _____%

Konsiliarärztin/-arzt in öffentlicher Klinik: _____ Pensum: _____%

Konsiliarärztin/-arzt in privater Klinik: _____ Pensum: _____%

Praxistätigkeit in anderem Kanton. Praxisadresse und Pensum: _____

➤ **bei selbständiger Berufstätigkeit**

Berufsausübungsbewilligung für den Kanton Aargau vorhanden

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

☞ Bitte Kopie des Arztdiplomes, allfällige Weiterbildungsdiplome und ein Curriculum Vitae beifügen.