

BEITRITTSERKLÄRUNG / BULLETIN D'ADHESION

Name / Nom _____

Vorname / Prénom _____

Geburtsdatum / Date de naissance _____ Dr.-Titel ja/oui nein/non

<u>Adresse</u>	<u>Praxis / Cabinet médical</u>	<u>Privat / Privée</u>
Strasse / Rue _____	_____	_____
PLZ, Ort / Domicile _____	_____	_____
Tel / Tél. _____	_____	_____
E-mail / e-mail _____	_____	_____

GLN Nummer / N°-GLN _____	_____
FMH-Nummer / N°-FMH _____	_____
Eidg. Diplom seit / Diplôme féd. depuis _____	_____
Haus- oder Kinderarztstätigkeit / Taux d'activité en médecine de famille ou pédiatrie _____%	_____
Teilnahme am öff. Notfalldienst / Participation au service de garde _____	<input type="checkbox"/> ja/oui <input type="checkbox"/> nein/non
Praxis / cabinet médical _____	<input type="checkbox"/> ja/oui seit _____ <input type="checkbox"/> nein/non <input type="checkbox"/> selbständig / indépendant-e <input type="checkbox"/> angestellt / employé-e
Facharzt FMH für / Médecin spécialiste FMH pour _____	<input type="checkbox"/> Allgemeine Innere Medizin FMH AIM Médecine interne générale FMH MIG <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin/ Pédiatrie <input type="checkbox"/> Assistenzarzt / Médecin assistant-e
Mitglied des Haus- und Kinderärzteverbandes des Kantons Membre de l'Association des médecins de famille et de l'enfance du canton: _____	Kanton / Canton _____

Ich möchte mich standespolitisch engagieren ja/oui nein/non
Je voudrais m'engager en politique professionnelle

Folgende Themen interessieren mich : _____
Les thèmes suivants m'intéressent : _____

«Im Rahmen der Zusammenarbeit gibt «Haus- und Kinderärzte Schweiz» normalerweise die Adressen seiner Mitglieder in einer Region an die regionale Hausärzteorganisation weiter, jedoch nie an dritte. Falls Sie dies nicht wünschen, kreuzen Sie bitte folgenden Ausschluss an:
Dans le cadre de la collaboration „Médecins de famille et de l'enfance Suisse“ transmet généralement les adresses de ses membres issus d'une région à l'organisation régionale de médecins de famille et de l'enfance, mais jamais à des tiers. Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci-dessous :

- Ich möchte nicht, dass «Haus- und Kinderärzte Schweiz» meine Adresse an regionale Haus- und Kinderärzteverbände weitergibt.
Je ne souhaite pas que „Médecins de famille et de l'enfance Suisse“ transmette mon adresse aux associations de médecins de famille et de l'enfance régionales. »

Ort und Datum / Lieu et date _____

(Unterschrift / Signature) _____

einsenden an / à envoyer au

Sekretariat Haus- und Kinderärzte Schweiz
Secrétariat Médecins de famille et de l'enfance Suisse
Effingerstrasse 2, 3011 Bern

sekretariat@hausarzteschweiz.ch /
secretariat@medecinsdefamille.ch
Tel. +41 31 508 36 00/10