



Schweizerische Belegärzte-Vereinigung  
Association Suisse des Médecins indépendants travaillant en Cliniques privées et Hôpitaux  
Associazione Svizzera dei Medici operanti in Cliniche private e Ospedali

## Beitrittserklärung

Der/die Unterzeichnende erklärt hiermit den Beitritt zur  
*Schweizerischen Belegärzte-Vereinigung SBV*

Er/sie anerkennt die geltenden Statuten, die statutarischen Organe sowie die rechtsgültig abgefassten Beschlüsse der Vereinigung.

Der/die Unterzeichnende ist einverstanden, in die Adresskartei der Vereinigung aufgenommen zu werden. Er/sie erlaubt ferner allfälliges Nachfragen seitens des SBV-Sekretariates bei der unten anzugebenden AHV-Ausgleichskasse, ob eine selbständige Erwerbstätigkeit vorliegt.

*(Der Mitgliederbeitrag beträgt z.Zt. CHF 300.--/Jahr)*

**Titel / Fachrichtung:** .....

**Name:** .....

**Vorname:** .....

**Adresse:** .....

**Tel.:** ..... **Fax:** .....

**E-Mail:**.....

**Klinik(en) :** .....

Als Selbständig-Erwerbender/-e mit folgender AHV-Kasse abrechnend:

.....

**Ich verpflichte mich, bei Aufgabe der selbständigen Erwerbstätigkeit unverzüglich das Sekretariat SBV darüber in Kenntnis zu setzen**

Ich wünsche die Informationen der SBV in deutsch  französisch

**Datum:** .....

**Unterschrift:** .....

**Bitte deutlich schreiben!**