



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 300.00/Jahr))

Anrede / Titel:

Fachrichtung:

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ/Ort:

Tel.:

E-Mail:

Klinik(e)n:

.....

Ich wünsche die Informationen der SBV auf Deutsch Französisch

Datum: Unterschrift:

Bitte deutlich schreiben!