

Beitrittserklärung

Name _____

Vorname _____

Akademischer Titel _____

Facharzt-Titel _____

Geburtsdatum _____

Adresse für Korrespondenz

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Angaben zum Beruf

Jetzige Funktion (bitte zutreffendes ankreuzen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> selbständige Praxistätigkeit | <input type="checkbox"/> Oberärztin/-arzt mit abgeschl. Weiterbildung |
| <input type="checkbox"/> Beleg- oder Konsiliarärztin/-arzt | <input type="checkbox"/> Oberärztin/-arzt in Weiterbildung |
| <input type="checkbox"/> Chefärztin/Chefarzt | <input type="checkbox"/> Assistenzärztin/-arzt in Weiterbildung |
| <input type="checkbox"/> Leitende/r Ärztin/Arzt | <input type="checkbox"/> Angestellte/r Ärztin/Arzt |
| <input type="checkbox"/> Oberärztin/-arzt mit besond. Funktion | Firma/Institution: _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | |

Vorgesehene Funktion (bitte zutreffendes ankreuzen)

Selbstständigkeit

- Neueröffnung _____
 Praxisübernahme von: _____
 Gemeinschaftspraxismit: _____

ab wann (genaues Datum): _____

Im Anstellungsverhältnis

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Beleg- oder Konsiliarärztin/-arzt | <input type="checkbox"/> Oberärztin/-arzt mit abgeschl. Weiterbildung |
| <input type="checkbox"/> Chefärztin/Chefarzt | <input type="checkbox"/> Oberärztin/-arzt in Weiterbildung |
| <input type="checkbox"/> Leitende/r Ärztin/Arzt | <input type="checkbox"/> Assistenzärztin/-arzt in Weiterbildung |
| <input type="checkbox"/> Oberärztin/-arzt mit besond. Funktion | <input type="checkbox"/> Angestellte/r Ärztin/Arzt |

ab wann (genaues Datum) _____

Adresse neuer Arbeitsort

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Arbeitspensum _____

(in vorgesehener Funktion, allenfalls aufgeteilt auf verschiedene Tätigkeiten)

Mitglied bei welchem regionalen Ärzteverein? (bitte zutreffendes ankreuzen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ärzteverein der Region St. Gallen | <input type="checkbox"/> Medizinischer Verein vom Linthgebiet |
| <input type="checkbox"/> Hygieia | <input type="checkbox"/> Ärzteverein Werdenberg-Sargans |
| <input type="checkbox"/> Toggenburger Ärzteverein | <input type="checkbox"/> Ärztlicher Regionalverein Rheintal |

wenn nicht, beantragt am _____

Ort und Datum _____