

Beitrittserklärung



Aargauischer Ärzteverband

Die/der Unterzeichnende erklärt, dass sie/er die Statuten des Aargauischen Ärzteverbandes anerkennt. Sie/er verpflichtet sich insbesondere, die jeweils von der Hauptversammlung festgelegten Mitgliederbeiträge / Jahresbeiträge, ausserordentlichen Beiträge, Projektbeiträge und Ersatzabgaben sowie im Fall einer ordentlichen Mitgliedschaft die einmalige Eintrittsgebühr zu bezahlen und den Beschlüssen der Hauptversammlung Folge zu leisten. Sie/er nimmt zur Kenntnis, dass die notwendigen Informationen an die FMH (Beitrittserklärung, BAB, CV) und SASIS (E-Mail mit Name, Geburtsdatum und GLN-Nummer) gemeldet werden und eine Publikation der Kandidatur in der SÄZ (Name, Facharzttitel, Praxisadresse) erfolgt.

Die Beitrittserklärung ist unterzeichnet im Original (kein Fax oder Scan) 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 _____

PLZ / 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 fachlich selbständiger Berufstätigkeit

- Berufsausübungsbewilligung (BAB) für den Kanton Aargau vorhanden

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

☞ Bitte Kopie der BAB, des Arztdiplomes, allfällige Weiterbildungsdiplome und ein Curriculum Vitae (CV) beifügen.

☞ Aufgrund des revidierten Medizinalberufegesetzes müssen Sie ab 1. Januar 2018 im Medizinalberufsregister des Bundes verzeichnet sein. Weitere Informationen: www.bag.admin.ch.