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 _____

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.