



## Antrag zur Mitgliedschaft / Demande d'affiliation

Name/Nom: .....

Vorname/Prénom: .....

Strasse/Rue: .....

Ort/Lieu: .....

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

E-Mail: .....

**Ich bin Ärztin/Arzt und beantrage die Mitgliedschaft als  
Je suis médecin et demande l'affiliation en tant que**

**ordentliches Mitglied/membre ordinaire<sup>1</sup>**

**Voraussetzungen/Conditions requises (bitte ankreuzen/veuillez cocher)**

Ich bin FMH-Mitglied/Je suis membre FMH:  Ja/oui  Nein/non

Ich besitze den Fähigkeitsausweis Vertrauensarzt  
Je possède le certificat de capacité Médecin-conseil  Ja/oui  Nein/non

<sup>1</sup>Nur ordentliche Mitglieder haben Stimm- und Wahlrecht an der Mitgliederversammlung (Statuten, Artikel 3)

<sup>1</sup>Seuls les membres ordinaires ont voix et capacité électorale à l'Assemblée générale des membres (Statuts, article 3)

**ausserordentliches Mitglied/membre extraordinaire<sup>2</sup>**

Ich bin FMH-Mitglied/Je suis membre FMH:  Ja/oui  Nein/non

<sup>2</sup>ausserordentliche Mitglieder haben die gleichen Pflichten wie Mitglieder, hingegen kein Stimm- und Wahlrecht an der Mitgliederversammlung (Statuten, Artikel 3)

<sup>2</sup>les membres extraordinaires ont les mêmes devoirs que les membres mais n'ont pas voix ni capacité électorale à l'Assemblée générale des membres (Statuts, article 3)

Stempel/timbre:

Datum/date:

Unterschrift/signature:

.....

.....

.....

per Fax an/s.v.pl. par fax au: 052 226 06 04 (oder per Post an die Geschäftsstelle/ou par poste au bureau)

Geschäftsstelle:

c/o MBC Markus Bonelli Consulting • Wülflingerstrasse 59 • 8400 Winterthur  
Tel. 052 226 06 03 • Fax 052 226 06 04 • info@vertrauensaezte.ch