

# Beitrittserklärung



Aargauischer Ärzteverband

Die/der Unterzeichnende erklärt, dass sie/er die Statuten des Aargauischen Ärzteverbandes anerkennt. Sie/er verpflichtet sich insbesondere, die von der Hauptversammlung festgelegten Mitgliederbeiträge zu bezahlen sowie deren Beschlüsse Folge zu leisten.

Die Beitrittserklärung ist unterzeichnet im Original (kein Fax) 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 \_\_\_\_\_ Penum: \_\_\_\_\_%

**Praxisgemeinschaft** mit \_\_\_\_\_

mit selbständiger Abrechnung  ohne selbständige Abrechnung

per \_\_\_\_\_ Penum: \_\_\_\_\_%

**angestellt in Praxis:** \_\_\_\_\_

mit selbständiger Abrechnung  ohne selbständige Abrechnung

per \_\_\_\_\_ Penum: \_\_\_\_\_%

**Chefärztin / Chefarzt** / Spitaladresse: \_\_\_\_\_

per \_\_\_\_\_ Penum: \_\_\_\_\_%

**Leitende Ärztin / Leitender Arzt** / Spitaladresse: \_\_\_\_\_

per \_\_\_\_\_ Penum: \_\_\_\_\_%

**Beamtete Ärztin / Beamteter Arzt** / Betrieb/Institut: \_\_\_\_\_

per \_\_\_\_\_ Penum: \_\_\_\_\_%

**Oberärztin / Oberarzt** / Spitaladresse: \_\_\_\_\_

per \_\_\_\_\_ Penum: \_\_\_\_\_%

**Assistenzärztin / Assistenzarzt** / Spitaladresse: \_\_\_\_\_

per \_\_\_\_\_ Penum: \_\_\_\_\_%

**andere / weitere Tätigkeiten:**

Belegärztin/-arzt in öffentlicher Klinik: \_\_\_\_\_ Penum: \_\_\_\_\_%

Belegärztin/-arzt in privater Klinik: \_\_\_\_\_ Penum: \_\_\_\_\_%

Konsiliarärztin/-arzt in öffentlicher Klinik: \_\_\_\_\_ Penum: \_\_\_\_\_%

Konsiliarärztin/-arzt in privater Klinik: \_\_\_\_\_ Penum: \_\_\_\_\_%

Praxistätigkeit in anderem Kanton. Praxisadresse und Penum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

➤ **bei selbständiger Berufstätigkeit**

Berufsausübungsbewilligung für den Kanton Aargau vorhanden

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

☞ Bitte Kopie des Arztdiplomes und allenfalls Berufsausübungsbewilligung beifügen.