

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 für den Kanton Aargau vorhanden

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

✉ Bitte Kopie 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.