

Antragsformular

Fähigkeitsausweis und Mitgliedschaft

- Hiermit beantrage ich den Fähigkeitsausweis «Manuelle Medizin (SAMM)»¹.
- Hiermit beantrage ich die Aufnahme als ordentliches Mitglied².

Personalien

Akademischer Titel _____

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Heimatort / Staatsangehörigkeit _____

Facharzttitle³ _____

Konkordatsnummer
(falls vorhanden) _____

Kontaktangaben

Korrespondenzsprache Deutsch Französisch

Adresse Wohnort _____

Adresse Klinik / Praxis _____

Telefon Klinik / Praxis _____

Telefon Privat _____

Mobile _____

E-Mail Privat _____

¹ Für Nicht-Mitglieder gelten gesonderte Tarife bei der Ausstellung und Rezertifizierung des Fähigkeitsausweises.

² Die Mitgliederbeiträge werden jährlich durch die Generalversammlung festgelegt. Seit 2015 beträgt er für ordentliche Mitglieder CHF 250.- (inkl. Zeitschrift).

³ Geben Sie hier Ihren eidg. Facharzttitle oder den Weiterbildungstitel an, der Ihnen durch die MEBE-KO vergeben wurde.

E-Mail Klinik / Praxis

Angaben zur Weiterbildung

Land

Organisation

Abschlussjahr

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Praxis auf Anfrage durch Patienten weiterempfohlen wird.

Ort / Datum

Unterschrift
