

Beitrittserklärung

Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH

Die/der Unterzeichnende **verpflichtet sich** für den Fall der Aufnahme, den Statuten der FMH und der darauf gestützten Beschlüsse Folge zu leisten. Sie/er **verpflichtet sich** insbesondere, den von der Ärztekammer festgesetzten Jahresbeitrag zu bezahlen, sowie der FMH die zur Festlegung der Mitgliederbeitragskategorie notwendigen Angaben (u.a. Änderungen der beruflichen Tätigkeit) zu melden¹. Sie/Er verpflichtet sich weiter

a) zur **korrekten Rechnungsstellung**, sowie

b) zur **Beschränkung auf kosteneffektive Untersuchungen und Behandlungen** im Bereich der obligatorischen Sozialversicherung.²

Basisorganisation kantonale Ärztegesellschaft

Die/der Unterzeichnende erklärt zudem, dass sie/er die Statuten der Basisorganisation, welcher sie/er angehört, anerkennt. Sie/er **verpflichtet sich** insbesondere, die von den zuständigen Organen festgelegten Mitgliederbeiträge zu bezahlen, sowie deren Beschlüssen folge zu leisten.³

FMH-Services

Die/der Unterzeichnende erklärt den Beitritt zur Genossenschaft «FMH-Services»

Ja

Nein

Personalien

Anrede:

Frau

Herr

Name:

Vorname:

Adresse für Korrespondenz

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Muttersprache

deutsch

französisch

italienisch

andere:

Fremdsprachen

deutsch

französisch

italienisch

Korrespondenzsprache

deutsch

französisch

italienisch

Sprache Statuten

deutsch

französisch

und Unterlagen

Ort und Datum: Unterschrift:

Bitte eine Kopie des Arztdiplomes (resp. Diplombestätigung) beilegen, sowie das beiliegende Datenblatt vollständig ausfüllen. Danke.

PS Im Interesse einer regelmässigen Zustellung der Schweizerischen Ärztezeitung bitten wir Sie, uns allfällige **Adressänderungen jeweils rechtzeitig bekanntzugeben.**

**FMH, Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte, Elfenstrasse 18, 3000 Bern 15, <http://www.fmh.ch>
e-mail d1m@fmh.ch, Telefon 031 359 11 11, Telefax 031 359 11 12**

¹ FMH-Statuten Art. 11

² Statutenergänzung durch Ärztekammer-Beschluss vom 30. April 2003; in Kraft ab 3. August 2003

³ FMH-Statuten Art. 11

FMH-Mitglieder-Datenblatt

Angaben für den Eintrag in „doctorfmh.ch“:

	bisher:	neu (nur bei Änderung oder Ergänzung ausfüllen):
Name.....:		
Vorname.....:		
Eidgenössisches Staatsexamen.....: (Jahr/Ort)		
Ausländisches Staatsexamen.....: (Jahr/Ort)		
Adresse Praxis oder Arbeitsort.....: (für Nichtberufstätige = Kontaktadresse)		
Telefon.....:		
Telefax.....:		
E-Mail.....:		
Praxistätigkeit.....:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Angaben für die «FMH-Ärztestatistik» und FMH-internen Gebrauch:

Geburtsdatum:		Dr.-Promotion: (Jahr/Ort)	
Heimatort/-Staat:		Fakultäts-Diplom: (Jahr/Ort)	
AHV-Nummer:		Vorübergehend nicht berufstätig seit:	
Angaben über die Berufstätigkeit:		Definitiv nicht mehr berufstätig seit:	
Berufstätig:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Selbständige Berufstätigkeit:

Berufsausübungsbewilligung erforderlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Arbeitspensum für selbständige Berufstätigkeit:
Belegarzt:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit
Konkordats-Nummer:		GLN-Nummer:

Praxistätigkeit:

Praxisart:	<input type="checkbox"/> Privatpraxis	<input type="checkbox"/> Privatpraxis am Spital	<input type="checkbox"/> Gruppenpraxis
Praxislabor:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Selbstdispensation:	<input type="checkbox"/> voll	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> keine

Unselbständige Tätigkeit (angestellt):

<input type="checkbox"/> Chefarzt	<input type="checkbox"/> Stv. Chefarzt	<input type="checkbox"/> Leitender Arzt	<input type="checkbox"/> Oberarzt	<input type="checkbox"/> Arzt in FMH-Weiterbildung
andere Spitaltätigkeit:				
andere berufliche Tätigkeiten:				
Arbeitspensum für unselbständige Berufstätigkeit:	<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit	<input type="text"/> in %	

Angaben über FMH-Mitgliedschaft (diese Angaben werden von der FMH ausgefüllt):

Basisorganisation (VSAO oder Kantonale Ärztesgesellschaft):	FMH-Mitgliederkategorie:	Beitragskategorie:

Angaben über FMH-Diplome und Zertifikate (diese Angaben werden von der FMH ausgefüllt):

Datum Diplomierung:

Datum:

Unterschrift: