

Anmeldeformular für Mitgliedschaft

Die/Der Unterzeichnende bewirbt sich um die ordentliche/ausserordentliche Mitgliedschaft der Vereinigung anthroposophisch orientierter Ärzte in der Schweiz VAOAS.

Sie/Er ist im Besitz der Statuten der VAOAS und unterstützt deren Zweck und Ziel.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Titel (Dr.med./med.vet./med.dent./med.pract.)

FMH-Titel

Tätigkeit (Praxis/Klinik/Assistenz)

Strasse (Arbeitsort)

PLZ, Wohnort, Land (Arbeitsort)

Telefon (Arbeitsort)

Strasse (Privat)

PLZ, Wohnort, Land (Privat)

Telefon (Privat)

E-Mail

Bitte senden Sie die VAOAS-Mitteilungen an:

Adresse Privat

Adresse Arbeitsort

Die Aufnahme wird unterstützt von folgenden Personen, die bereits Mitglieder der VAOAS sind:

a)

b)

Datum

Unterschrift

Bitte das Anmeldeformular zusammen mit einer Kopie des Arztdiploms an die Geschäftsstelle der VAOAS senden.