

## Beitrittserklärung für den Interessenverband für Ärzte und andere akademische Berufe

Beitritt per \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Akademischer Titel \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Strasse, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Mobile \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben und die Kenntnisnahme der Statuten ([www.interessenverband.ch/page/statuten](http://www.interessenverband.ch/page/statuten)).

**Unterschrift**  
**Antragsteller / -in**

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Bitte einsenden

Per E-Mail: [info@interessenverband.ch](mailto:info@interessenverband.ch)

Per Post an: Interessenverband für Ärzte und andere akademische Berufe, Löwenstrasse 25, Postfach, 8021 Zürich