

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).

Unterschrift
Antragsteller / -in

Ort und Datum

Unterschrift

Bitte einsenden

Per E-Mail: info@interessenverband.ch

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