

Interessenverband für Ärzte  
und andere akademische Berufe  
Mark & Michel, Ärzteberatung  
Postfach  
8021 Zürich

### **Beitrittserklärung**

Der/Die Unterzeichnende wünscht den Beitritt zum Interessenverband per .....

Name/Vorname: .....

Beruf: ...../ akad. Titel: .....

Bürgerort/Nationalität: ..... Geb. Dat.: .....

Wohnadresse: .....

PLZ/Ort: ..... Tel. Nr.: .....

Natel: ..... E-Mail: .....

Der Antragsteller bestätigt die Richtigkeit der obigen Angaben und den Erhalt der Statuten.

Ort/Datum:

Unterschrift des Antragssteller:

.....

.....

**Die Mitgliedschaft bestätigt:**

Die Geschäftsstelle:

Zürich, .....

.....