



## Aufnahmegesuch für Ärzte

Ich möchte gemäss den Statuten und Verbandsbestimmungen **Mitglied** des SFML werden.

**Eintrittsdatum:** .....

### Für internen Gebrauch

Name: .....

Vorname: .....

Beruf: .....

Geburtsdatum: .....

Passfoto  
35x45mm

oder per Mail  
an  
[weiterbildung@sfml.ch](mailto:weiterbildung@sfml.ch)

### Korrespondenz- und Praxisadresse für Interneteintrag und Ärzteliste

Vollständiger Praxisname: .....

Strasse: .....

PLZ, Ort: .....

Telefon: ..... Natel: .....

E-Mail: .....

Homepage-Adresse: .....

Ich möchte auf der «**Ärzteliste**» im Internet erscheinen:                    ja     nein

### Eintrittsbegründung:

.....  
.....  
.....  
.....

Aufnahmegebühr      CHF 150 (einmalig)

Mitgliederbeitrag    CHF 400

Die Rechnung wird zusammen mit der Aufnahmebestätigung verschickt.

Aus-/Weiterbildung	Ort	Datum/Zeitraum	Abschluss

**Zusammen** mit dem Aufnahmegesuch sind folgende Unterlagen (vollständig) einzureichen:

- Vollständiger Lebenslauf
- Diplome, Zertifikate und Kursbestätigungen der abgeschlossenen Ausbildungen, (Grund- und Zusatzausbildungen)
- Lymphologische Weiterbildungen
- Kantonale Berufsausübungsbewilligung mit ZSR-Nummer
- Ein aktuelles Passfoto für Mitgliederdatei beilegen oder per Mail an: sekretariat@sfml.ch

Ich habe gelesen und verstanden:

- die Statuten  
 die Weiterbildungsrichtlinien

**Ich verpflichte mich zur Erfüllung dieser Bestimmungen** und bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben, anerkenne die Statuten und das Statutenreglement des SFML.

Ich nehme zur Kenntnis, dass unkorrekte Angaben zum Ausschluss aus dem Verband führen.

Wir sprechen uns im SFML mit dem Vornamen an. Ich bin damit einverstanden: ja  nein

Ort und Datum: .....

Unterschrift: .....

Bitte beachten Sie, dass Unkosten für Sie entstehen können, wenn das Dossier nicht vollständig eingereicht wird.

**Beilagen:**

- Lebenslauf
- Kantonale Berufsausübungsbewilligung mit ZSR-Nummer
- Weiterbildungsnachweise Lymphologie
- Passfoto