

ANMELDUNG ZUR AUFNAHME ALS MITGLIED DER SGAP

NAME:

VORNAME:

TITEL:

POSITION:

INSTITUTION:

- STRASSE:

- PLZ/ORT:

- TELEFON: / FAX:

- E-MAIL:

Darf Ihre Anschrift bei Anfragen an Dritte weitergegeben werden?

Ja **Nein**

SIND SIE MITGLIED DER SGPP: **Ja** **Nein**

Schwerpunktstitel in Alterspsychiatrie- und psychotherapie erhalten im Jahr:

Bitte legen Sie dem Antrag eine Kopie Ihres Schwerpunktstitels bei.

DATUM: **UNTERSCHRIFT:**

JAHRESBEITRAG:

CHF 200.- für ordentliche und ausserordentliche Mitglieder SGAP

CHF 100.- für Assistenzärzte (**Bestätigung der Klinik beilegen**, die Assistentenmitgliedschaft erlischt mit der Erlangung des Facharztstitels FMH Psychiatrie/Psychotherapie oder mit der Aufgabe der Assistententätigkeit)

Senden Sie Ihre Anmeldung bitte an die untenstehende Adresse.