

Beitrittserklärung

Ich habe die Statuten der Schweizerischen Ärztesgesellschaft für Neuraltherapie SANTH zur Kenntnis genommen und bitte um Aufnahme als Mitglied.

Name

Vorname

Geburtsdatum

Akademischer Titel

**Facharzttitel/
Fähigkeitsausweis(e)**

Strasse

Zusatz

PLZ/Ort

Telefon Praxis

Mobile

E-Mail

Website

Datum

Stempel und Unterschrift
(wenn elektronisch ausgefüllt: Vorname und Name)

Der Beitrittserklärung ist eine Kopie des Arztdiploms beizulegen.

Wird das Gesuch online ausgefüllt, bitte die Arztdiplomkopie an info@santh.ch senden.

Geschäftsstelle
Badstrasse 3a
3860 Schattenhalb
Fon +41 33 971 61 55
Fax +41 33 971 61 54
Mobile +41 79 311 15 44
info@santh.ch
www.santh.ch

UBS, IBAN: CH19 0023 5235 5013 79L1 A