

Mitgliedschaft



Anmeldungsformular

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Arbeitsort: _____

Geb. Datum: _____

Tel.: _____

E-Mail: _____

Gewünschte Mitgliedschaft (Bitte ankreuzen):

- Ordentliches Mitglied
- Juniormitglied
- Ausserordentliches Mitglied

Ich habe die Statuten von Swiss Women in Urology zur Kenntnis genommen und anerkenne die darin festgelegten Verpflichtungen.

Ort/Datum Unterschrift: _____

Erforderliche Beilage:

- CV (alle)
- Kopie Facharztausweis (ordentliches Mitglied)
- Empfehlung einer Patin (Juniormitglied)

Bitte Formular schicken an: michelle.gramiger@rhne.ch