

INTERESSENVERBAND

FÜR ÄRZTE UND ANDERE AKADEMISCHE BERUFE

Interessenverband für Ärzte
und andere akademische Berufe
Postfach 1775
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 Antragsteller:

.....

.....

Die Mitgliedschaft bestätigt:

Die Geschäftsstelle:

Zürich,

.....