

**AUFNAHMEGESUCH  
WALLISER ÄRZTEGESELLSCHAFT**



SMVS / VSÄG  
Société Médicale du Valais  
Walliser Ärztegesellschaft

Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
B�rgerort	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>
Private Adresse	<input type="text"/>
Tel.-Nr. Privat	<input type="text"/>
Email Privat	<input type="text"/>
Eidg. Arztdiplom erhalten am	<input type="text"/>
Ort/Land	<input type="text"/>
Facharzttitel erhalten am	<input type="text"/>
Ort/Land	<input type="text"/>
Praxisadresse	<input type="text"/>
Tel.-Nr. Praxis	<input type="text"/>
Fax-Nr. Praxis	<input type="text"/>
Natel	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>
Beginn der Aktivität	<input type="text"/>
Arbeitspensum	<input type="text" value=""/> %
Tätigkeit (falls im Spital)	<input type="text"/>
Ich bin bereits Mitglied einer anderen kantonalen Ärztegesellschaft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja, welche	<input type="text"/>
Mein/e Pate/in, seit 5 Jahren Mitglied der VS�G	<input type="text"/>
Ort und Datum	<input type="text"/>
Unterschrift	<input type="text"/>

Der/Die Unterzeichnete erlaubt der VS G, die Daten sowie das Foto im Mitgliederbereich ihrer Internetseite aufzuschalten.