

Mutationsmeldung

Sehr geehrte Damen und Herren

Um unsere Datenbank immer auf dem aktuellsten Stand halten zu können, möchten wir Sie bitten, das folgende Formular auszufüllen. Vielen Dank!

Informationen betreffend Daten und Fristen für Mutationen finden Sie auf unserer Homepage: www.vsao.ch.

vsao Mitgliedernummer:

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ, Ort:

E-Mail Adresse:

- Für den **Rechnungsversand** gebe ich Ihnen eine andere Adresse an:

Sektion

Für den Sektionswechsel bitte gewünschte Sektion ankreuzen:

- Aargau
- Bern
- Basel
- Freiburg
- Genf
- Graubünden
- Jura
- Neuenburg
- St. Gallen / Appenzell
- Solothurn
- Thurgau
- Tessin
- Waadt
- Wallis
- Zentralschweiz
- Zürich
- Medizinstudent/-in

Status

Aktiv (angestellte Ärztinnen und Ärzte, Studierende)

Passiv (selbstständig erwerbende und pensionierte Ärztinnen und Ärzte)

Zahn- und Tierärzte / Dentisti e veterinari



Adresse Arbeitgeber:

Funktion:

Assistenzarzt/-ärztin

Oberarzt/-ärztin

Leitende/r Arzt/Ärztin

Chefarzt/-ärztin

Selbständigerwerbende/r Arzt/ Ärztin

andere:

Abteilung:

Arbeitspensum:

Anmerkungen:

Änderungen gültig ab:

Ort, Datum:

Unterschrift:

Bitte Formular per Post oder E-Mail senden
an:

vsao -asmac

Drucken

Bollwerk 10 Postfach

3001 Bern

sekretariat@vsao.ch