



BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit stelle ich den Antrag, bei der SAGOS als Mitglied aufgenommen zu werden:

Name		Titel	
Vorname		Geb.Dat.	(tt/mm/jj)
Adresse	Privat	Praxis	
<p style="text-align: center;">Bitte leserlich schreiben</p>			
Telephon			
Fax			

Eidgenössisches Diplom:

Selbständig seit:

Ihre E-Mail Adresse:

allf. Homepage:

Spezialarztstitel:

Komplementärmedizinische Ausbildung / Mitgliedschaften:

Stempel

Ort, Datum

Unterschrift

Die Vereinsstatuten sind auf unserer Homepage www.ozontherapie-aerzte.ch einsehbar.

BITTE EINSENDEN AN

Dr. med. A. Bühler, Oberlandstrasse 7, 3700 Spiez ; FAX 033 654 70 88