

ANTRAG UM MITGLIEDSCHAFT IM VEREIN **KUNSTAUSSTELLUNG DER SCHWEIZER ÄRZTE**
als (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Aktivmitglied Passivmitglied Gönner

Bitte in Blockschrift schreiben:

Anrede/Titel

Vorname: Name:

Adresse:

Postleitzahl Wohnort:

Geburtsdatum: Nationalität (wenn nicht CH):

Aktuelle oder frühere Tätigkeit im Medizinalbereich:

.....

Tel.: Mobile:

E-Mail

(Diese Angaben werden nach Aufnahme in ein Verzeichnis aufgenommen, welches alle Mitglieder erhalten).

Partner*In (falls bereits Mitglied des Vereins):

Beschreiben Sie bitte ihre künstlerische Tätigkeit bisher (Kurse, Lehrgänge, Ausstellungen):

.....

.....

.....

.....

Datum: Unterschrift:

Bitte senden Sie dieses Formular an: Salon Aerzte-Kunst
Sekretariat
Rainstrasse 45
2503 Biel