

Mitgliedschaft



Anmeldungsformular

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Arbeitsort: _____

Geb. Datum: _____

Tel.: _____

E-Mail: _____

Gewünschte Mitgliedschaft (Bitte ankreuzen):

- ☐ Ordentliches Mitglied
- ☐ Juniormitglied
- ☐ Ausserordentliches Mitglied

Ich habe die Statuten von Swiss Women in Urology zur Kenntnis genommen und anerkenne die darin festgelegten Verpflichtungen.

Ort/Datum Unterschrift: _____

Erforderliche Beilage:

- ☐ CV (alle)
- ☐ Kopie Facharztausweis (ordentliches Mitglied)
- ☐ Empfehlung einer Patin (Juniormitglied)

Bitte Formular schicken an: infoswiu@gmail.com