



**SCHWEIZERISCHER VEREIN
HOMÖOPATHISCHER
ÄRZTINNEN UND ÄRZTE**
SVHA | SSMH | SSMO



**SOCIÉTÉ SUISSE
DES MÉDECINS
HOMÉOPATHES**
SVHA | SSMH | SSMO

Antrag für die Mitgliedschaft SVHA Formulaire de candidature SSMH

Personalien/Indications personnelles

Name/Nom

Vorname/Prénom

Fachazttitel FMH

Adr. G./Adr. prof.

Adr. P./Adr. privée

Tel. G./Tél. prof.

Tel. P./Tél. privée

Fax

Geb.Dat./D. de naiss.

E-Mail

GLN Nummer/ Numéro GLN

- Ärztin/Arzt/Médecin
- Tierärztin/Tierarzt/Vétérinaire
- Apothekerin/Apotheker/Pharmacien/Pharmacienne
- Zahnärztin/Zahnarzt/Dentiste
- andere/autres

Ausbildung/Formation

Staatsexamen/Diplôme Jahr/année

Uni

FachärztIn/FachapothekerIn/Spécialisation

Praxis/Pratique seit/depuis

Homöopath. Praxis/Pratique homéo depuis

Weiterbildung in Homöopathie/formation postgraduée en homeopathie

Weiterbildungsstätte

Datum:

Testate beiliegend/Attestations jointes

Curriculum vitae

Kopie des Arzt-, Zahnarzt-, Tierarzt oder Apotheker-Diploms / copie du diplôme de médecin, dentiste, vétérinaire ou pharmacien

Ort/lieu, Datum/date

Unterschrift/signature
