Datum	Mutation (wird durch ZGPP-Sekretariat ausgefüllt

Anmeldeformular

Ich beantrage, in die Zürcher Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, ZGPP, als ordentliches ☐ / ausserordentliches ☐ Mitglied aufgenommen zu werden.

Anrede: ☐ Frau ☐ Herr Titel: _____

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Privatadresse: _____

Tel.-Nr.: _____ Fax-Nr.: _____

Handy-Nr.: _____

E-Mail: _____

FMH Titel für: _____

Praxisadresse: _____

Tel.-Nr.: _____ Fax-Nr.: _____

Handy-Nr.: _____

E-Mail: _____

Ich bin Mitglied der Gesellschaft der Ärzte des Kantons Zürich ja ☐ / nein ☐
Ich bin SGPP Mitglied ja ☐ / nein ☐

Ort und Datum: _____

Die Richtigkeit dieser Angaben bestätigt:

_____

Sekretariat ZGPP, c/o AGZ, Nordstrasse 15, 8006 Zürich
Tel. Nr. 044 / 396 61 96 Fax 043 / 888 98 60
Email: sekretariat@psychiatrie-zuerich.ch, www.psychiatrie-zuerich.ch