

**MITGLIEDSCHAFTSANTRAG FÜR DIE SCHWEIZERISCHE  
ÄRZTEGESELLSCHAFT FÜR HOMÖOPATHIE -SAHP-**

*Ich habe die Statuten der -SAHP- zur Kenntnis genommen und  
stelle hiermit den Antrag auf Mitgliedschaft (bitte in Blockschrift)*

NAME:..... VORNAME:.....

STRASSE:.....

PLZ:..... ORT : .....

e-mail-adresse:.....

GEBURTSDATUM:..... BERUF:.....

JAHR DES STAATSEXAMEN:..... TITEL:.....

DATUM:.....

UNTERSCHRIFT:.....

*Welche Homöopathie-Seminare haben Sie besucht und wann:.....*

.....

.....

**Bitte einsenden an:**

*Herrn Dr.med. Peter Minder  
Hauptstrasse 17  
4102 Binningen*