

**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:

*Frau Dr. med. Barbara Schillig
Sagastägstrasse 1A
7220 Schiers*