



**FOEDERATIO MEDICORUM PRACTICORUM  
FOEDERATIO MEDICARUM PRACTICARUM**

### Beitrittserklärung / Mutationsblatt

Name

Vorname

Geburtsdatum

Adresse

**Praxisstempel**

Strasse

PLZ/Ort

Tel.

Fax

E-Mail

Ort und Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte einsenden an: A. Benyamini, FMP-Sekretariat, Dübendorfstrasse 11a, 8117 Fällanden  
Tel. 044 825 20 59, Fax 044 825 21 50, E-Mail: sekretariat@fmp-net.ch