

# SGAR/SSAR

SCHWEIZERISCHE GESELLSCHAFT FÜR ANAESTHESIOLOGIE UND REANIMATION  
SOCIETE SUISSE D'ANESTHESIOLOGIE ET DE REANIMATION

---

---

## GESUCH UM REDUKTION/ERLASS DES MITGLIEDERBEITRAGES

---

---

(Bitte mit Maschine oder mit Blockbuchstaben ausfüllen)

---

### PERSONALIEN

---

Name: .....

Vorname: .....

Adresse: .....

PLZ/Ortschaft: .....

Telefon Privat: ..... Telefon Geschäft: .....

---

### BEGRÜNDUNG

---

Bitte beachten Sie die vornestehenden unterschiedlichen Voraussetzungen für die Bewilligung von Reduktionen/Erlassen für den SGAR/SSAR-Mitgliederbeitrag und geben Sie eine kurze Begründung an:

Jahreseinkommen:.....

Begründung:.....

.....

.....

.....

Datum:..... Unterschrift:.....

---

### BESCHLUSS VORSTAND (BITTE LEER LASSEN)

---

Zustimmung

Ablehnung

Anderes

.....

Datum: ..... Unterschrift Präsident: .....

---

### EINSENDEN BIS 01.08. DES JAHRES

---