

## Personalien

Anrede  Frau  Herr  
Korrespondenzsprache  DE  FR  IT

# Anmeldung zur Mitgliedschaft



Vorname

Name

Geburtsdatum

Strasse

Nr.

Mobile

PLZ

Ort

Land

E-Mail

## Berufstätigkeit

Arbeitgeber

PLZ Arbeitsort

Arbeitsverhältnis

Angestellt  Lernende/r

Tätigkeitsbereich

Spital  Spitex/amb.  
 Langzeitinstitution  Psychiatrie  
 Rehabilitation  Andere

## Ausbildung

FaBe EFZ  FaGe EFZ  
 Lernende/r  Assistent/in Gesundheit Soziales  
 Andere:

Abschlussjahr

## Mitgliedschaft

Mitgliederkategorie

11: 51-100% (CHF 16.60/Mt.)  
 12: 0-50% (CHF 12.50/Mt.)  
 13: Lernende (CHF 0.00/Mt.)

Gewünschter Zahlungsmodus

jährlich  
 halbjährlich (Zuschlag CHF 10/Jahr)  
 vierteljährlich (Zuschlag CHF 20/Jahr)

Wie wurden Sie auf den SBK aufmerksam?

In der Schule  Am Arbeitsplatz  Beratung  
 Weiterbildung  Veranstaltung  Andere

Mitglied / Mitarbeiter\*in SBK

- Ich erkläre hiermit den Beitritt zum Berufsverband der Pflegefachpersonen SBK auf den 1. des Folgemonats und verpflichte mich zur regelmässigen Beitragszahlung gemäss den aktuell gültigen Mitgliederbeiträgen. Ich anerkenne die Statuten.
- Ich erlaube dem SBK, meine Adresse für  kommerzielle und berufsbezogene Zwecke /  für berufsbezogene Zwecke an Dritte weiterzugeben.
- Eine Kopie meines Diploms bzw. des Studentenausweises liegt bei (ohne Nachweis Ihrer Ausbildung ist die Aufnahme in den SBK nicht möglich).

Ort, Datum

Unterschrift

### Einsenden an:

SBK Zentralschweiz - Denkmalstrasse 1 - 6006 Luzern  
oder Online-Beitritt auf [sbk.ch/beitreten](http://sbk.ch/beitreten)