

Anmeldung zur assozierten Mitgliedschaft

Seite 1

Personalien:	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Rechnung an (falls nicht identisch):
Name:		Name:
Vorname:		Vorname:
Geburtsdatum:		Strasse, Nr
Strasse, Nr.:		PLZ/Ort:
PLZ/Ort:		
Telefon Privat:		Zahlungsmodus:
Telefon Geschäft:		<input type="checkbox"/> jährlich
Mobile:		<input type="checkbox"/> halbjährlich (Zuschlag Fr. 10.- pro Jahr)
E-Mail:		<input type="checkbox"/> vierteljährlich (Zuschlag Fr 20 - pro Jahr)

Adresse darf für kommerzielle Zwecke weitergegeben werden? Ja Nein

Angaben zur Mitgliedschaft:

Beschäftigungsgrad: _____

Grundbildung

Fachfrau/Fachmann Gesundheit EFZ	<input type="checkbox"/> FaGe EFZ	<input type="checkbox"/> FaGe in Ausbildung
Fachfrau/Fachmann Betreuung EFZ	<input type="checkbox"/> FaBe EFZ	<input type="checkbox"/> FaBe in Ausbildung
Assistent/in Gesundheit und Soziales	<input type="checkbox"/> Assistent/in AGS	<input type="checkbox"/> AGS in Ausbildung
	<input type="checkbox"/> Pflegeassistent/in SRK	

Ausbildung von – bis: _____

Ausbildungsstätte: _____

Weiterbildung:

<input type="checkbox"/> Berufsbildner/in
<input type="checkbox"/> Berufsprüfung: _____
<input type="checkbox"/> andere: _____

Arbeitgeber _____

Adresse _____

Tätigkeitsbereich	Institution	Fachbereich
<input type="checkbox"/> Spital	<input type="checkbox"/> Spital	<input type="checkbox"/> Akutmedizin / -chirurgie
<input type="checkbox"/> Spitex	<input type="checkbox"/> Spitex	<input type="checkbox"/> Geriatrie
<input type="checkbox"/> Langzeit	<input type="checkbox"/> Langzeit	<input type="checkbox"/> Behindertenpflege
<input type="checkbox"/> andere :	<input type="checkbox"/> andere :	<input type="checkbox"/> Rehabilitation
		<input type="checkbox"/> andere:

Fortsetzung s. Rückseite

Haben Sie Interesse, aktiv in der Sektion mitzuarbeiten?

ja nein

Wenn ja, kreuzen Sie bitte unten Ihr Interessengebiet an.

- Weiterbildungskommission
- PR-Kommission
- Regionale Fachgruppe geriatrische Pflege
- Fachverband LangzeitSchweiz (zusätzlichen Jahresbeitrag von 35.-)
- Vorstand der Sektion
- Kontaktperson im eigenen Betrieb
- Andere Fachgruppe: _____
- Anderes Engagement: _____

Bemerkungen: _____

Ich wurde auf den SBK aufmerksam durch:

- Werbung in der Schule
- Fort- Weiterbildung
- Internet
- Zeitschrift Krankenpflege
- Werbung am Arbeitsplatz
- Beratung beim SBK
- Veranstaltung
- anderes:

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte folgende Kopien beilegen:

- **Ausbildung abgeschlossen: Fähigkeitsausweis(e), Attest**
- **Lernende: Bestätigungsschreiben der Ausbildungsstätte oder Kopie des Lehrlingsausweises**

Bemerkung: Bitte beachten Sie: Personen, welche die Bedingungen für eine ordentliche Mitgliedschaft erfüllen, können nicht als assoziierte Mitglieder aufgenommen werden.

Bearbeitungsangaben: (bitte frei lassen)

Kategorie: _____ Mitglied Nr.: _____

Beschäftigungsgrad: _____ Sektion: _____

Fakt. Art: _____

Der Vorstand der Sektion hat das Gesuch geprüft und gutgeheissen:

Ort/Datum: _____

Für den Vorstand: _____

Mitglied wurde kontaktiert: _____

Formular einsenden an:

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK

SBK Zentralschweiz | Denkmalstrasse 1 | 6006 Luzern | 041 310 80 55

info@sbk-zentralschweiz.ch | www.sbk-zentralschweiz.ch