

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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Angaben zur Mitgliedschaft:

Beschäftigungsgrad: _____ %

Grundbildung

Fachfrau/Fachmann Gesundheit EFZ FaGe EFZ
 FaGe in Ausbildung

Ausbildung von – bis: _____

Ausbildungsstätte: _____

Adresse: _____

Weiterbildung: Berufsbildner/in
 Berufsprüfung
 andere: _____

Arbeitgeber _____

Adresse _____

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

**Fortsetzung siehe
Rückseite**

Haben Sie Interesse, aktiv in der Sektion mitzuarbeiten?

ja nein

Wenn ja, kreuzen Sie bitte unten Ihr Interessengebiet an.

- Weiterbildungskommission
- PR-Kommission
- IG/Fachgruppe geriatrische Pflege
- IG/Fachgruppe Gesundheitsmanagement
- Vorstand der Sektion
- Kontaktperson im eigenen Betrieb
- Andere Fachgruppe: _____
- Anderes Engagement: _____

Bemerkungen: _____

Ich wurde auf den SBK aufmerksam durch:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Werbung in der Schule | <input type="checkbox"/> Werbung am Arbeitsplatz |
| <input type="checkbox"/> Fort- Weiterbildung | <input type="checkbox"/> Beratung beim SBK |
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Veranstaltung |
| <input type="checkbox"/> Zeitschrift Krankenpflege | <input type="checkbox"/> anderes: |

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte folgende Kopien beilegen:

- **Ausbildung abgeschlossen: Fähigkeitsausweis(e)**
- **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 bitte einsenden an:

SBK-Zentralschweiz, Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, Sektion
Zentralschweiz, Obergrundstrasse 97, CH-6004 Luzern Telefon 041/310 80 55, info@sbk-zentralschweiz.ch