

# Anmeldung zur assozierten Mitgliedschaft

Seite 1

<b>Personalien:</b>		<b>Rechnung an</b> (falls nicht identisch):
Name:	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Name:
Vorname:		Vorname:
Geburtsdatum:		Strasse, Nr
Strasse, Nr.:		PLZ/Ort:
PLZ/Ort:		
Telefon Privat:		<b>Zahlungsmodus:</b>
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