

Personalien:

Frau Herr

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse, Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon Privat:

Telefon Geschäft:

Mobile:

E-Mail:

Webseite

Rechnung an (falls nicht identisch):

Name:

Vorname:

Strasse, Nr.:

PLZ/Ort:

Zahlungsmodus:

jährlich

halbjährlich (Zuschlag Fr. 10.– pro Jahr)

vierteljährlich (Zuschlag Fr. 20.– pro Jahr)

Die Mitgliederbeiträge sind abhängig vom Beschäftigungsgrad. Sie finden sie online unter www.sbk-asi.ch/mitgliederbeitrag

Korrespondenzsprache: Deutsch Italienisch/Deutsch Französisch Italienisch/Französisch
 Adresse darf an Dritte weitergegeben werden? für kommerzielle Zwecke Ja Nein
 für berufsbezogene Zwecke Ja Nein

Angaben zur Mitgliedschaft:

Beschäftigungsgrad: _____ %

Dipl. Pflegefachfrau/-fachmann (Ausbildung):

Diplom: HF FH / Bachelor Diplom Niveau II AKP
 IKP GesKP PsyKP KWS

Pflegefachfrau/-fachmann Diplom Niveau I **FA SRK** **FAGE**

Ausländisches Diplom *SRK anerkannt* **AGS**
 laufendes Anerkennungsverfahren **Student/in**

Ausbildung von – bis: _____

Ausbildungsstätte: _____

Adresse: _____

Nachdiplomausbildung:

Anästhesie Hebamme HöFa I
 HöFa II IPS Notfall
 OPS Master (MSc) PhD
 DAS _____ MAS _____
 NDS HF _____ HFP _____

Andere _____

**Stellung im Beruf:
Tätigkeitsbereich:**

angestellt
 Spital Langzeitinstitution Spitex/ambulant
 Psychiatrie Rehabilitation Bildungsbereich
 OPS Anästhesie IPS
 Notfall Forschung Pflegeentwicklung
 Öffentliche Verwaltung Management Versicherung

Andere _____

Arbeitgeber:

Seite 2

Adresse:

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Selbstständig erwerbend | <input type="checkbox"/> freiberuflich tätig
ambulant KLV 7 | <input type="checkbox"/> freiberuflich tätig
Psychiatrie KLV 7 |
| <input type="checkbox"/> freiberuflich tätig
Stillberatung KLV 15 | <input type="checkbox"/> freiberuflich tätig
Diabetes KLV 9c | <input type="checkbox"/> anderes
z.B. Kurstätigkeit |

Name des Geschäfts:

Geschäftsadresse:

Möchten Sie aktiv im Verband mitarbeiten?

ja nein

Wenn ja, kreuzen Sie bitte unten Ihr Interessengebiet an

- Sektion
 Fachverband
 Interessensgruppe
 Kommission

In welcher?

Eine genaue Auflistung finden Sie auf unserer Homepage: www.sbk-asi.ch/verband

Bemerkungen:

Ich wurde auf den SBK
aufmerksam durch:

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

Andere:

Person/Adresse:

Ort/Datum:

Unterschrift:

Bitte folgende Kopien beilegen:

- Ausbildung in der Schweiz abgeschlossen: Diplom und/oder Fähigkeitsausweis(e)
 Ausbildung im Ausland abgeschlossen: Bestätigungsschreiben SRK mit Registriernummer
 Studierende: Bestätigungsschreiben der Ausbildungsstätte oder Kopie des Studentenausweises

Formular bitte einsenden an: SBK ZH/GL/SH, Sonnenbergstrasse 72, Postfach, CH-8603 Schwerzenbach.
Telefon 043 355 30 40. info@sbk-zh.ch, www.sbk-zh.ch