



Mitgliedschaft assoziiertes Mitglied

= Fachfrau/Fachmann Gesundheit EFZ

Adresse darf für kommerzielle Zwecke weitergegeben werden? Ja Nein

Angaben zur Mitgliedschaft:

Beschäftigungsgrad: _____ % (Änderungen müssen Ende Jahr gemeldet werden)

Grundbildung

Seite 1

Personalien: Frau Herr

Rechnung an (falls nicht identisch):

Name:

Name:

Vorname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse, Nr:

Strasse, Nr:

PLZ/Ort:

PLZ/Ort:

Telefon Privat:

Zahlungsmodus:

Telefon Geschäft:

jährlich

Mobile:

halbjährlich (Zuschlag Fr. 10.- pro Jahr)

vierteljährlich (Zuschlag Fr 20 - pro Jahr)

E-Mail:

Fachfrau/Fachmann Gesundheit EFZ (Ausbildung):

FaGe EFZ

FaGe in Ausbildung

Ausbildung von - bis: _____

Ausbildungsstätte: _____

Adresse: _____

Weiterbildung

Berufsbildner/in

Andere _____

Tätigkeitsbereich:

Institution

Fachbereich

Spital

Geriatrische Pflege

Spitex/ambulant

Behinderte

OPS

Psychiatrie

Langzeitinstitution

Rehabilitation

Rehabilitation

Andere _____

Andere _____

Arbeitgeber: _____

Adresse: _____

Fortsetzung siehe
Rückseite

Haben Sie Interesse, aktiv in der Sektion mitzuarbeiten?

ja nein

Wenn ja, kreuzen Sie bitte unten Ihr Interessengebiet an

- Weiterbildungskommission
 Regionalkommission
 Junger SBK
 Vorstand der Sektion
 Kontaktperson im eigenen Betrieb/Kontaktpersonengruppe
 Besuch von pensionierten Pflegefachpersonen
 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 |
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Veranstaltung |
| <input type="checkbox"/> Person: _____ | <input type="checkbox"/> Zeitschrift |
| | <input type="checkbox"/> Andere: |

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte folgende Kopien beilegen:

- **Ausbildung abgeschlossen: Fähigkeitsausweis(e)**
- **Studierende: Bestätigungsschreiben der Ausbildungsstätte oder Kopie des Studentenausweises**

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:

Formular bitte einsenden an:

SBK Sektion SG TG AR AI, Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner Sektion
 Geschäftsstelle, Kolumbanstrasse 2, 9008 St.Gallen, Tel: 071 223 43 66, E-Mail: info@sbk-sg.ch

www.sbk-sg.ch