



Anmeldung zur assoziierten Mitgliedschaft

| | | |
|--|-------------------------------|---|
| Personalien | <input type="checkbox"/> Frau | <input type="checkbox"/> Herr |
| Name: | | Rechnung an (falls nicht identisch): |
| Vorname: | | Name: |
| Geburtsdatum: | | Vorname: |
| Strasse, Nr.: | | Strasse, Nr.: |
| PLZ/Ort: | | PLZ/Ort: |
| Telefon Privat: | | |
| Telefon Geschäft: | | Zahlungsmodus: |
| Mobile: | | <input type="checkbox"/> jährlich |
| E-Mail: | | <input type="checkbox"/> halbjährlich (Zuschlag Fr. 10.00 pro Jahr) |
| Webseite: | | |
| Adresse darf für kommerzielle Zwecke weitergegeben werden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| Angaben zur Mitgliedschaft: | | |
| Beschäftigungsgrad: _____ % | | |
| <input type="checkbox"/> Fachfrau / Fachmann Gesundheit FAGE EFZ | | |
| <input type="checkbox"/> Hauspflegerin EFZ | | |
| <input type="checkbox"/> Pflegeassistentin / Pflegeassistent | | |
| <input type="checkbox"/> Lernende FAGE | | |
| Ausbildung von – bis : | | |
| Ausbildungsstätte: | | |
| Adresse: | | |
| Weiterbildungen: | | |
| Stellung im Beruf: | | |
| Tätigkeitsbereich: | | |
| Arbeitgeber/Adresse: | | |

Haben Sie Interesse, aktiv im Verband mitzuarbeiten? ja nein

Wenn ja, kreuzen Sie bitte Ihr Interessengebiet an:

- Vorstand
- zeitlich begrenzte Kommissionen / Arbeitsgruppen
- Interessengruppe Onkologie
- Interessengruppe Verantwortliche/Ausbildungsbegleiterinnen
- Interessengruppe Familien- und Pflegefachfrauen
- Gründung einer neuen Interessengruppe
im Bereich.....

Ich wurde auf den SBK aufmerksam durch:

- Werbung in der Schule
- Fort-/Weiterbildung
- Werbung am Arbeitsplatz
- Veranstaltung
- Beratung
- Kollegin/Kollege:
- Internet
- Andere:

Ort/Datum: Unterschrift:

Bitte folgendes beilegen:

- Kopie Fähigkeitsausweis
- Lernende: Kopie Lehrlingsausweis

Formular bitte einsenden an:

SBK/ASI Sektion Graubünden
Marlis Alig, Geschäftsleitung
Gürtelstrasse 24, Postfach 578
7001 Chur

www.sbk-gr.ch / info@sbk-gr.ch / Tel.-Nr. 081 353 53 79

Bearbeitungsangaben: (bitte frei lassen)

Kategorie:..... Mitglied-Nr.:

Beschäftigungsgrad:

zusätzliches Dienstleistungsangebot:

Faktura-Art:..... Drittzahler:

Der Vorstand der Sektion GR hat das Gesuch geprüft und gutgeheissen:

Ort/Datum:..... Für den Vorstand:

wurde kontaktiert:

Associaziun svizra da las tgirunzas e dals tgirunzs
Associazione svizzera infermiere e infermieri
Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner