



BEITRITTSERKLÄRUNG

PRIVATADRESSE:

Name: _____ Vorname(n): _____

Geburtsdatum: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Tel.: _____ E-Mail: _____

NA

RS HF

KNM

NF Pflege NDS

Andere

ARBEITSPLATZADRESSE:

Praxis/Institut: _____

Funktion: _____

Spital: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Tel.: _____ E-Mail: _____

Ich wünsche die Korrespondenz an: Privatadresse
Arbeitsplatzadresse

Ich bin einverstanden, dass obige Angaben an Dritte, z.B. Kantonsarzt, andere medizinische Organisationen usw., weitergegeben werden dürfen (nicht für Werbezwecke).

Ja Nein

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Jahresbeitrag: gemäss Tarifstruktur SGNOR