



## 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