

MG Nr. _____

Kat. _____

Anmeldung zur Mitgliedschaft pflegezürich

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)

E-Mail: _____

Adresse darf an Dritte weitergegeben werden?

für kommerzielle Zwecke

ja

nein

für berufsbezogene Zwecke

ja

nein

Angaben zur Mitgliedschaft:

Beschäftigungsgrad: _____ %

Ausbildung:

Fachfrau/-mann Gesundheit (FaGe)

Pflegeassistent/in

Hauspfleger/in

Fachfrau/-mann Betreuung (FaBe)

Pflegehelfer/in SRK, Pflegehilfe

Assistent/in Gesundheit und Soziales

Lernende/r

andere: _____

Ich bin SBK Mitglied und möchte pflegezürich beitreten (nur in Verbindung mit SBK Mitgliedschaft möglich)

Ausbildung von - bis: _____

Ausbildungsstätte: _____

Adresse: _____

Arbeitsbereich:

Akut

Psychiatrie

Beratung

Langzeit

Rehabilitation

Bildung

Spitex

andere: _____

Arbeitgeber: _____

Adresse: _____

Möchten Sie aktiv im Verband mitarbeiten?

ja nein

**Ich wurde auf pflegezürich
aufmerksam durch:**

Werbung in der Schule

Werbung am Arbeitsplatz

Beratung

Fort-/Weiterbildung

Veranstaltung

Zeitschrift Krankenpflege

Seitenblick

Internet

andere:

Person/Adresse:

Ort / Datum:

Unterschrift:

Bitte folgende Kopien beilegen:

Ausbildung in der Schweiz abgeschlossen: Diplom und/oder Fähigkeitsausweis(e) / Atteste

Ausbildung im Ausland abgeschlossen: Bestätigungsschreiben SRK mit Registriernummer

Studierende: Bestätigungsschreiben der Ausbildungsstätte oder Kopie des Studentenausweises

Formular bitte einsenden an:

SBK+pflegezürich

Sektion ZH/GL/SH

Sonnenbergstrasse 72

Postfach

8603 Schweznrenbach

Tel. 043 355 30 40, Fax 043 355 30 41, www.sbk-zh.ch, info@sbk-zh.ch