

BEITRITTSGESUCH ZUR



Soins Infirmiers
Domaine Opératoire
Suisse
Schweizerische
Interessengruppe für
Operationspflege

**SIDOPS
SIGOP**

Persönliche Angaben: Frau Herr

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon privat:

Telefon geschäftlich:

E-mail:

Korrespondenzsprache: französisch deutsch italienisch

Sind Sie damit einverstanden, dass Ihre Adresse zu beruflichen Zwecken an Dritte weitergegeben wird? Ja Nein

Berufliche Angaben:

Beschäftigungsgrad: _____ %

Arbeitgeber: _____

Ausbildung von... bis...: _____

Zahlungsart

Jährlich 50 CHF BCGE IBAN CH79 0078 8000 0507 3738 6

Hiermit versichere ich, dass ich Mitglied des Vereins werden möchte.

Ich versichere weiterhin, den Zweck des Vereins anzuerkennen und die Statuten sowie das Reglement, welche der Verein auf seiner Website veröffentlicht hat, zu akzeptieren.

Ich habe die Rechte und Pflichten der Vereinsmitglieder zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden, meinen Mitgliedsbeitrag für das laufende Jahr zu entrichten.

Der Jahresbeitrag beläuft sich auf 50 CHF.

Ort, Datum

Unterschrift