

SCHWEIZERISCHE VEREINIGUNG DER STOMATHERAPEUTIN

ANMELDUNGSSCHEIN

ANGABEN ZUR PERSON :

Name : _____ Geburtsdatum : _____
Vorname : _____
Adresse Arbeitstelle : _____ Adresse privat : (fakultativ)
Strasse, Nummer : _____ Strasse, Nummer : _____
PLZ / Ort : _____ PLZ / Ort : _____
Telefon : _____ Telefon: _____
Fax : _____ Fax : _____
Email : _____ Email : _____

ANGABEN ZUR MITGLIEDSCHAFT :

Diplom in allgemeiner Krankenpflege erworben in _____

Fachausbildung in Stomatherapie abgeschlossen in _____

Dauer in Anzahl Tagen _____

Tätig in der Stomatherapie seit Arbeitspensum in der Stomatherapie : _____ %

Arbeitgeber : _____

Öffnungszeiten der Stomaberatung : _____

Andere Ausbildungen : _____

SBK-Mitglied : ja / nein

WCET-Mitglied : ja / nein

*Bitte eine Kopie der Diplome und Zertifikate beifügen.

Ort / Datum : _____

Unterschrift : _____

BITTER UNTER DIESER LINIE NICHTS EINTRAGEN

Aufgenommen als Passiv-Mitglieder am /..... /.....

Aufgenommen als Aktiv-Mitglieder am /..... /.