



## Anmeldung Weiterbildung 2017 (Erwerb FA VA)

Vorname/Prénom:

Name/Nom:

Adresse (Strasse/Rue):

Adresszusatz/complément d'adresse:

PLZ/NPA:

Ort/Lieu:

E-Mail:

Tel./Tél:

GLN-Nr/N° GLN:

Aktuelle berufliche Tätigkeit/Funktion/Activité professionnelle actuelle/fonction:

SGV-Mitglied/Membres de la SSMC:

Ja/Oui

Nein/Non

Ich melde mich für den gesamten Kurs an/Je m'inscris pour le cours complet:

Ja/Oui

Nein/Non

Ich melde mich lediglich an für die Module/Je m'inscris seulement pour le module:

1

(10.-12.08.2017))

2

(14.-16.09.2017)

3

(12.-14.10.2017)

4

(09.-11.11.2017)

5

(14.-16.12.2017)

► Hinweis: ab hier: von Hand ausfüllen (ausdrucken)/Remarque: d'ici remplir à la main (imprimer)

Datum/Date:.....

Unterschrift/Signature:.....

(Ich bestätige hiermit, von den Anmeldebestimmungen Kenntnis genommen zu haben und diese zu akzeptieren/Je confirme avoir pris connaissance des conditions d'inscription et les accepter)

**Anmeldung an:**  
**Anmeldeschluss:**

**Geschäftsstelle/Bureau (Scan per E-Mail oder per Post)**  
**31.07.2017**

**Geschäftsstelle:**

c/o MBC Markus Bonelli Consulting • Industriestrasse 24 • 8404 Winterthur  
Tel. 052 226 06 03 • info@vertrauensaeerzte.ch