



Anmeldung Weiterbildung 2018 (Erwerb FA VA)

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>	Adresszusatz:	<input type="text"/>
PLZ:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>	Tel.:	<input type="text"/>
GLN-Nr:	<input type="text"/>		
Aktuelle berufliche Tätigkeit	<input type="text"/>		

SGV-Mitglied: Ja Nein

Ich **melde** mich für den **gesamten Kurs** an:

Ja Nein

Ich melde mich lediglich an für die Module:

- 1 (23.-25.08.2018)
- 2 (20.-22.09.2018)
- 3 (11.-13.10..2018)
- 4 (22.-24.11.2018)
- 5 (13.-15.12.2018)

Ich habe die Ausschreibungsbestimmungen zur Kenntnis genommen und akzeptiere diese.

Rechnungsadresse (falls nicht gleichlautend wie die oben genannte))

Name oder Firmenname:

Adresse:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Datum:

Senden an:

Geschäftsstelle SGV: info@vertraensaerzte.ch

Anmeldeschluss:

12.08.2018

Geschäftsstelle:

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