



**SGV
SSMC**

Anmeldung Prüfung 2018 (Erwerb FA VA) für künftige Titelträger Master Versicherungsmedizin (Master of Advanced Studies in Insurance Medicine)

| | | | |
|-------------------------------|----------------------|---------------|----------------------|
| 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

- Als Absolventin/Absolvent des Master-Programms bei der asim (Master Versicherungsmedizin) melde ich mich hiermit für die diesjährige Schlussprüfung (Kurs Erwerb Fähigkeitsausweis Vertrauensarzt) an vom 15.12.2018.
- Eine Kopie des von mir erworbenen Masterdiploms wird der Anmeldung beigelegt.
- Das Masterdiplom wurde noch nicht abgegeben (Masterthesis noch offen), aber eine Bestätigung der asim über die Absolvierung aller Module zum „Master of Advanced Studies in Insurance Medicine“, wird beigebracht und der SGV-Geschäftsstelle vor Anmeldeschluss zugestellt.
- Ich habe die Ausschreibungsbestimmungen zur Kenntnis genommen und akzeptiere diese.**

Rechnungsadresse (falls nicht gleichlautend wie die oben genannte))

| | | | |
|-----------------------|----------------------|---------------|----------------------|
| Name oder Firmenname: | <input type="text"/> | | |
| Adresse: | <input type="text"/> | Adresszusatz: | <input type="text"/> |
| PLZ: | <input type="text"/> | Ort: | <input type="text"/> |
| Datum: | <input type="text"/> | | |

Senden an: Geschäftsstelle SGV: info@vertrauensaezte.ch

Anmeldeschluss: 30.11.2018

Geschäftsstelle:

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