SGV
SSMC

Anmeldung Weiterbildung 2027, Erwerb FA Vertrauensarzt (SGV)

Name: Vorname:

Adresse: Adresszusatz:

PLZ: Ort:

E-Mail: Tel.:

GLN-Nr:

Aktuelle berufliche Tätigkeit

SGV-Mitglied: ☐ Ja ☐ Nein

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

☐ Ja ☐ Nein

Ich melde mich lediglich an für die Module:

☐	1	(19.-21.08.2027)
☐	2	(16.-18.09.2027)
☐	3	(21.-23.10.2027)
☐	4	(25.-27.11.2027)
☐	5	(09.-11.12.2027)

☐ **Ich habe die Ausschreibungsbestimmungen zur Kentnnis 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@vertrauensaerzte.ch

Anmeldeschluss: 14.08.2027

Geschäftsstelle:

c/o MBC Markus Bonelli Consulting • Rudolf Diesel-Strasse 5 • 8404 Winterthur
Tel. 052 226 06 03 • info@vertrauensaerzte.ch