

Anmeldung Weiterbildung 2011 (Erwerb FA VA)

Vorname: **Name:**

Adresse (Strasse): **Adresszusatz:**

PLZ: **Ort:**

E-Mail: **Tel.:**

GLN-Nr.:

Aktuelle berufliche Tätigkeit/Funktion:

FMH-Mitglied **SGV-Mitglied** **Aktuell bereits als KVG-VA tätig**

Ja Nein Ja Nein Ja Nein

Zur Anmeldung:

Ich melde mich für die gesamte WB an

Ja Nein

Ich melde mich lediglich an für die Module:

Modul 1
 Modul 2
 Modul 3
 Modul 4
 Modul 5

(Daten, Mod. 1: 25.-27.08.11/Mod. 2: 22.-24.09.11/Mod. 3: 20.-22.10.11/Mod. 4: 24.-26.11.11/Mod. 5: 15.-17.12.11)

➔ **Hinweis: ab hier: von Hand ausfüllen (ausdrucken)**

Datum:..... **Unterschrift:**.....
 (Ich bestätige hiermit, von den Anmeldebestimmungen Kenntnis genommen zu haben und diese zu akzeptieren)

Bestätigung des Arbeitgebers für im KVG-tätige VA (falls zutreffend: bitte ausfüllen)

Name des Krankenversicherers:
(Stempel)

Datum:..... **Rechtsgültige Unterschrift des Krankenversicherers:**.....

Anmeldung faxen oder schicken an:	Geschäftsstelle (Fax 052 226 06 04)
Anmeldeschluss:	31.07.2011

Geschäftsstelle:

c/o MBC Markus Bonelli Consulting • Wülflingerstrasse 59 • 8400 Winterthur
 Tel. 052 226 06 03 • Fax 052 226 06 04 • info@vertrauensaerzte.ch