



Anmeldung Weiterbildung 2024, Erwerb FA Vertrauensarzt (SGV)

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:

- | | | |
|--------------------------|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | (22.-24.08.2024) |
| <input type="checkbox"/> | 2 | (12.-14.09.2024) |
| <input type="checkbox"/> | 3 | (10.-12.10.2024) |
| <input type="checkbox"/> | 4 | (14.-16.11.2024) |
| <input type="checkbox"/> | 5 | (05.-07.12.2024) |

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@vertrauensaezte.ch

Anmeldeschluss:

09.08.2024

Geschäftsstelle:

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