



## Anmeldung Weiterbildung 2025, 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 | (21.-23.08.2025) |
| <input type="checkbox"/> | 2 | (18.-20.09.2025) |
| <input type="checkbox"/> | 3 | (23.-25.10.2025) |
| <input type="checkbox"/> | 4 | (13.-15.11.2025) |
| <input type="checkbox"/> | 5 | (11.-13.12.2025) |

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](mailto:info@vertrauensaezte.ch)

Anmeldeschluss:

08.08.2025

### Geschäftsstelle:

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