



Anmeldung Weiterbildung 2026, 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 (20.-22.08.2026)
- 2 (17.-19.09.2026)
- 3 (22.-24.10.2026)
- 4 (26.-28.11.2026)
- 5 (10.-12.12.2026)

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:

07.08.2026

Geschäftsstelle:

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