**Beitrittserklärung**

zum Schweizerischen Verband

Medizinischer Praxis-Fachpersonen SVA

Beruf Mitgliedschaft

[ ]  Med. Praxisassistent\*in [ ]  Aktivmitglied

[ ]  Med. Praxiskoordinator\*in [ ]  Gönnermitglied

[ ]  Med. Sekretär\*in [ ]  AHV- / Medienmitglied

[ ]  Anderer Beruf [ ]  Mitglied Lernende\*r

Vorname: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Name: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Adresse: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

PLZ / Ort: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

E-Mail: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Geburtsdatum: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Angaben für Lernende:**

Ausbildungsbeginn: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Ausbildungsende: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Ort / Datum: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Datum: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Einsenden an: sekretariat@sva.ch

SVA Schweizerischer Verband mediznischer-Praxisfachpersonen / Seftigenstrasse 310, 3084 Wabern / Tel 031 512 25 90