



Anmeldung Weiterbildung 2019 (Erwerb FA VA)

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:

Ich melde mich lediglich an für die Module:

<input type="checkbox"/>	1	(22.08.-24.08.2019)
<input type="checkbox"/>	2	(19.09.-21.09.2019)
<input type="checkbox"/>	3	(31.10.-02.11.2019)
<input type="checkbox"/>	4	(21.11.-23.11.2019)
<input type="checkbox"/>	5	(19.12.-21.12.2019)

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@vertrauensaerzte.ch

Anmeldeschluss: 09.08.2019

Geschäftsstelle:

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