

Beitrittserklärung

zum Schweizerischen Verband Medizinischer
Praxis-Fachpersonen SVA



Beruf

Med. Praxisassistent*in
Med. Praxiskoordinator*in
Med. Sekretär*in
anderer, wenn ja welcher

Mitgliedschaft

Aktivmitglied
Passivmitglied
Kollektivmitglied
Gönnermitglied
Mitglied Lernende

mit Abonnement PraxisArena
(Mitglied Lernende und Aktivmitglieder erhalten
das Abo automatisch)
ohne Abonnement PraxisArena

Vorname: _____

Name: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. Geschäft: _____

Tel. Privat: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Angaben für Ausgebildete:

EFZ-/Diplomabschluss am: _____

Schule: _____

Angaben für Lernende:

Ausbildungsbeginn: _____

Ausbildungsende: _____

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____

Einsenden an:

SVA Schweizerischer Verband Medizinischer Praxis-Fachpersonen, Elfenstrasse 19,
Postfach 1010, 3000 Bern 6 oder per E-Mail an sekretariat@sva.ch