

# Beitrittserklärung

zum Schweizerischen Verband Medizinischer Praxis-Fachpersonen SVA

- als
- |                          |                      |                          |                              |
|--------------------------|----------------------|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Aktivmitglied        | <input type="checkbox"/> | Med. Praxisassistentin       |
| <input type="checkbox"/> | Passivmitglied       | <input type="checkbox"/> | Med. Praxiskoordinatorin     |
| <input type="checkbox"/> | Kollektivmitglied    | <input type="checkbox"/> | Med. Sekretärin              |
| <input type="checkbox"/> | Gönnermitglied       | <input type="checkbox"/> | mit Abonnement PraxisArena   |
| <input type="checkbox"/> | Schülerinnenmitglied | <input type="checkbox"/> | ich bin bereits Abonnent(in) |

Vorname Et Name

.....

Adresse

.....

PLZ/Ort

.....

Geburtsdatum

.....

Tel. Geschäft

.....

Tel. Privat

.....

Fax

.....

E-Mail

.....

**(durch MPA und Med. Sekretärinnen auszufüllen)**

Abschlussdatum:

Schule:

(Diplomkopie beilegen)

praktische Tätigkeit:

**(durch Schülerinnen auszufüllen)**

Ausbildungsbeginn:

Ausbildungsende:

(voraussichtlich)

Ort/Datum:

Unterschrift: