

Beitrittserklärung

zum Schweizerischen Verband Medizinischer
Praxis-Fachpersonen SVA



Beruf

Med. Praxisassistent*in
Med. Praxiskoordinator*in
Med. Sekretär*in

Mitgliedschaft

Aktivmitglied
Passivmitglied
Kollektivmitglied
Gönnermitglied
Mitglied Lernende

mit Abonnement PraxisArena
ich bin bereits ein Abonnent*in

Vorname: _____ Name: _____

Adresse: _____ PLZ/Ort: _____

Tel. Geschäft: _____ Tel. Privat: _____

E-Mail: _____ Geburtsdatum: _____

Angaben für Ausgebildete:

Abschlussdatum: _____

Schule: _____

praktische Tätigkeit: _____

Angaben für Lernende:

Ausbildungsbeginn: _____

Ausbildungsende: _____

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Einsenden an:

SVA Schweizerischer Verband Medizinischer Praxis-Fachpersonen, Seftigenstrasse 310,
3084 Wabern oder per E-Mail an sekretariat@sva.ch