

Personalien: Frau Herr **Rechnung an** (falls nicht identisch):

Name: _____ Name: _____

Vorname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Strasse, Nr.: _____

Strasse, Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

PLZ/Ort: _____ **Zahlungsmodus:**

Telefon Privat: _____ jährlich

Telefon Geschäft: _____ halbjährlich (Zuschlag Fr. 10.– pro Jahr)

Mobile: _____ vierteljährlich (Zuschlag Fr. 20.– pro Jahr)

E-Mail: _____ Die Mitgliederbeiträge sind abhängig vom
Beschäftigungsgrad. Sie finden sie online unter
www.sbk-be.ch/mitgliederbeitrag

Webseite: _____

Korrespondenzsprache: Deutsch Italienisch/Deutsch Französisch Italienisch/Franz.

Adresse darf an Dritte weitergegeben werden? für kommerzielle Zwecke Ja Nein
für berufsbezogene Zwecke Ja Nein

Angaben zur Mitgliedschaft:

Beschäftigungsgrad: _____ %

Dipl. Pflegefachfrau/-fachmann (Ausbildung):

Diplom: HF FH / Bachelor Diplom Niveau II AKP
 IKP GesKP PsyKP KWS

Pflegefachfrau/-fachmann DN I **FA SRK** **Studentin HF/FH**

Ausländisches Diplom *SRK anerkannt*
 laufendes Anerkennungsverfahren

Fachfrau/Fachmann Gesundheit EFZ **Fachfrau/Fachmann Betreuung EFZ**
 Assistent/in Gesundheit und Soziales **Lernende FaGe, FaBe, AGS**
(ab dem 18. Lebensjahr)

Andere Ausbildung: _____

Ausbildung von – bis: _____

Ausbildungsstätte: _____

Adresse: _____

**Nachdiplom-
ausbildung:**

Anästhesie Hebamme HöFa I
 HöFa II IPS Notfall
 OPS Master (MSc) PhD
 DAS _____ MAS _____
 NDS HF _____ HFP _____

Andere _____

Stellung im Beruf: angestellt

Tätigkeitsbereich:

Spital Langzeitinstitution Spitex / ambulant
 Psychiatrie Rehabilitation Bildungsbereich
 OPS Anästhesie IPS
 Notfall Forschung Pflegeentwicklung
 Öffentliche Verwaltung Management Versicherung
 Andere _____

Arbeitgeber: _____

Adresse: _____

- Selbstständig erwerbend** Freiberuflich tätig ambulant KLV 7 Freiberuflich tätig Psychiatrie KLV 7
 Freiberuflich tätig Stillberatung KLV 15 Freiberuflich tätig Diabetes KLV 9c Anderes z.B. Kurstätigkeit

Name des Geschäfts: _____

Geschäftsadresse: _____

Möchten Sie aktiv im Verband mitarbeiten? ja nein

Wenn ja, kreuzen Sie bitte unten Ihr Interessengebiet an

- Sektion
 Fachverband
 Interessensgruppe
 Kommission

In welcher? _____

Eine genaue Auflistung finden Sie auf unserer Homepage: www.sbk-asi.ch/verband

Bemerkungen: _____

Ich wurde auf den SBK aufmerksam durch:

- Werbung in der Schule Werbung am Arbeitsplatz Beratung
 Fort-/Weiterbildung Veranstaltung Zeitschrift
 Internet SBK Publikation

 Andere: _____ Person/Adresse: _____

Ort/ Datum: _____ Unterschrift: _____

Bitte folgende Kopien beilegen:

- Ausbildung in der Schweiz abgeschlossen: Diplom, Fähigkeitszeugnis oder Berufsattest
 Ausbildung im Ausland abgeschlossen: Bestätigungsschreiben SRK mit Registriernummer
 Studierende/Lernende: Bestätigungsschreiben der Ausbildungsstätte oder Kopie des Studentenausweises

Formular bitte einsenden an:

SBK Sektion Bern, Monbijoustrasse 30, 3011 Bern
 Telefon 031 380 54 64, verband@sbk-be.ch, www.sbk-be.ch