

# SCHWEIZERISCHE VEREINIGUNG DER STOMATHERAPEUTIN

## ANMELDUNGSSCHEIN

---

### ANGABEN ZUR PERSON :

Name : \_\_\_\_\_ Geburtsdatum : \_\_\_\_\_  
Vorname : \_\_\_\_\_  
Adresse Arbeitstelle : \_\_\_\_\_ Adresse privat : (fakultativ)  
Strasse, Nummer : \_\_\_\_\_ Strasse, Nummer : \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort : \_\_\_\_\_ PLZ / Ort : \_\_\_\_\_  
Telefon : \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Fax : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_  
Email : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

---

### ANGABEN ZUR MITGLIEDSCHAFT :

Diplom in allgemeiner Krankenpflege erworben ..... in \_\_\_\_\_

Fachausbildung in Stomatherapie abgeschlossen ..... in \_\_\_\_\_

Dauer in Anzahl Tagen \_\_\_\_\_

Tätig in der Stomatherapie seit ..... Arbeitspensum in der Stomatherapie : \_\_\_\_\_ %

Arbeitgeber : \_\_\_\_\_

Öffnungszeiten der Stomatherapie : \_\_\_\_\_

Andere Ausbildungen : \_\_\_\_\_

SBK-Mitglied : ja / nein

WCET-Mitglied : ja / nein

\*Bitte eine Kopie der Diplome und Zertifikate beifügen.

---

Ort / Datum : \_\_\_\_\_

Unterschrift : \_\_\_\_\_

---

**BITTER UNTER DIESER LINIE NICHTS EINTRAGEN**

Aufgenommen als Passiv-Mitglieder am ..... /..... /.....

Aufgenommen als Aktiv-Mitglieder am ..... /..... /.