



## Anmeldung Weiterbildung 2012 (Erwerb FA VA)

Vorname:

Name:

Adresse (Strasse):

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

E-Mail:

Tel.:

GLN-Nr.:

Aktuelle berufliche Tätigkeit/Funktion:

FMH-Mitglied

- Ja  
 Nein

SGV-Mitglied

- Ja  
 Nein

Aktuell bereits als KVG-VA tätig

- Ja  
 Nein

### Zur Anmeldung:

Ich melde mich für die gesamte WB an

- Ja  
 Nein

Ich melde mich lediglich an für die Module:

- 1 (23.-25.08.12)  
 2 (13.-15.09.12)  
 3 (25.-27.10.12)  
 4 (22.-24.11.12)  
 5 (13.-15.12.12)

► Hinweis: ab hier: von Hand ausfüllen (ausdrucken)

Datum:.....

Unterschrift:.....

(Ich bestätige hiermit, von den Anmeldebestimmungen Kenntnis genommen zu haben und diese zu akzeptieren)

**Bestätigung des Arbeitgebers für im KVG-tätige VA** (falls zutreffend: bitte ausfüllen)

Name des Krankenversicherers:  
(Stempel)

Datum:..... Rechtsgültige Unterschrift des Krankenversicherers:.....

**Anmeldung faxen oder schicken an:**  
Anmeldeschluss:

**Geschäftsstelle (Fax 052 226 06 04)**  
31.07.2012

**Geschäftsstelle:**

c/o MBC Markus Bonelli Consulting • Wülflingerstrasse 59 • 8400 Winterthur  
Tel. 052 226 06 03 • Fax 052 226 06 04 • info@vertrauensaerzte.ch