

**Anmelde- und Mutationsformular
 Formulaire d'inscription et de mutation
 Formulario d'iscrizione**

<input type="checkbox"/> Neuaufnahme Nouvelle Inscription Nuovo iscritto	<input type="checkbox"/> Adressänderung Changement d'Adresse Cambiamento di indirizzo	<input type="checkbox"/> Ich trete aus der Interessengruppe aus Je donne ma démission de la communauté d'intérêts Io do le mie dimissioni dalla comunità d'interessi Grund: / Raisons: / Motivo:
Aufnahmebedingungen Conditions d'admission Condizioni per l'ammissione Sind sie Mitglied des SBK Vous êtes membre de l'ASI Lei è socio dell'ASI <p align="center"><u>SBK-ASI- Nr:</u> _____</p>		Aktivmitglied Membre actif Socio attivo <input type="checkbox"/> ja, Sektion <input type="checkbox"/> oui, Section <input type="checkbox"/> si, Sezione
		Passivmitglied Membre passif Socio passivo <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> no
Die Intensivstation ist von der SGI anerkannt Votre Unité de Soins Intensifs est reconnue par la SGI Il reparto di cure intensive è riconosciuto dall'SGI		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> si
Sie besitzen einen Fähigkeitsausweis in Intensivpflege Vous êtes certifié(e) en soins Intensifs Possiede un diploma in cure intensive		<input type="checkbox"/> ja * <input type="checkbox"/> oui * <input type="checkbox"/> si *
* Legen Sie bitte eine Kopie Ihres Fähigkeitsausweises bei * Prière de joindre une photocopie de votre certificat de capacité en Soins Intensifs * Alleghi per favore una copia del Suo diploma di infermiera di cure intense		
** Sind Sie in der Weiterbildung für Intensivpflege ** Vous êtes en Formation Soins Intensifs ** Sta frequentando la scuola di cure Intensive		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> si

Privatadresse / adresse privée / indirizzo privato		
Name Nom Cognome	Vorname Prénom Nome	
Geburtsdatum Data di nascita Date de naissance	E-Mail	
PLZ NP NAP	Ort Lieu Luogo	Strasse Rue via

Adresse des Arbeitsortes / Adresse professionnelle / Indirizzo di lavoro		
Spital / Ort Hôpital / Lieu Ospedale / Luogo	Telefon Spital Téléphone Hôpital Telefono ospedale	
Funktion Fonction Funzione	Korrespondenzsprache Langue de correspondance Lingua per la corrispondenza	0 Deutsch 0 Français 0 Italiano
Ort, Datum Lieu, date Luogo, data	Unterschrift Signature Firma	
Einsenden an Envoyer à Inviare a	Interessengemeinschaft Intensivpflege (IGIP) c.o. SBK Choisystr. 1, Postfach 8124 3001 Bern	E-Mail: cisi@intensivpflege.ch www.intensivpflege.ch