

**Personalien**

Anrede  Frau  Herr  
 Korrespondenzsprache  DE  FR  IT

**Anmeldung zur Mitgliedschaft**

Vorname  Name  Geburtsdatum

Strasse  Nr.  Mobile

PLZ  Ort  Land  E-Mail

**Berufstätigkeit**

Arbeitgeber

PLZ Arbeitsort

Arbeitsverhältnis  
 Angestellt  Selbständig  In Ausbildung

Tätigkeitsbereich  
 Spital  Spitex/amb.  
 Langzeitinstitution  Psychiatrie  
 Rehabilitation  Bildung  
 Forschung  Pflegeentwicklung  
 Andere

**Ausbildung**

Diplom HF/FH  Fähigkeitszeugnis EFZ  
 Ausländisches Diplom  Studierende/r  
 Andere:

Diplomjahr

**Mitgliedschaft**

Mitgliederkategorie  
 11: 51-100% (CHF 24.60/Mt.)  
 12: 11-50% (CHF 16.25/Mt.)  
 13: Studierende (CHF 0.00/Mt.)  
 14: 0-10% (CHF 7.85/Mt.)  
 19: Freiberufliche (CHF 24.60/Mt.)

Gewünschter Zahlungsmodus  
 jährlich  
 halbjährlich (Zuschlag CHF 10/Jahr)  
 vierteljährlich (Zuschlag CHF 20/Jahr)

Wie wurden Sie auf den SBK aufmerksam?  
 In der Schule  Am Arbeitsplatz  Beratung  
 Weiterbildung  Veranstaltung  Andere

Mitglied / Mitarbeiter\*in SBK

- Ich erkläre hiermit den Beitritt zum Berufsverband der Pflegefachpersonen SBK auf den 1. des Folgemonats und verpflichte mich zur regelmässigen Beitragszahlung gemäss den aktuell gültigen Mitgliederbeiträgen. Ich anerkenne die Statuten.
- Ich erlaube dem SBK, meine Adresse für  kommerzielle und berufsbezogene Zwecke /  für berufsbezogene Zwecke an Dritte weiterzugeben.
- Eine Kopie meines Diploms bzw. des Studentenausweises liegt bei (ohne Nachweis Ihrer Ausbildung ist die Aufnahme in den SBK nicht möglich).

Ort, Datum  Unterschrift

**Einsenden an:**

SBK Wallis - Château de la Cour 4 - 3960 Sierre  
 oder Online-Beitritt auf [sbk.ch/beitreten](http://sbk.ch/beitreten)