

Données personnelles Madame Monsieur

Facture à (si l'adresse est différente):

Nom: _____

Nom: _____

Prénom: _____

Prénom: _____

Date de naissance: _____

Rue, no: _____

Rue, no: _____

NPA/localité: _____

NPA/localité: _____

Mode de paiement:

Téléphone privé: _____

annuel

Téléphone professionnel: _____

semestriel (majoration de Fr. 10.– par an)

Natel: _____

trimestriel (majoration de Fr. 20.– par an)

E-mail: _____

Les cotisations varient en fonction du taux d'activité
(voir sur www.sbk-asi.ch/cotisations)

Site internet: _____

Langue de correspondance: français italien/français allemand italien/allemand

Acceptez-vous que votre adresse soit transmise à des tiers? à des fins commerciales oui non

à des fins professionnelles oui non

Données professionnelles:

Taux d'occupation: _____%

Infirmière diplômée/infirmier diplômé:

Diplôme: ES HES / Bachelor Diplôme niveau II
 SIG PSY HMP

Infirmière / infirmier diplôme niveau I

inf. ass. (CC CRS)

Etudiant-e

Diplôme étranger

reconnu par la CRS

en cours de reconnaissance par la CRS

Formation de... à...: _____

Centre de formation: _____

Ecole: _____

Formation postdiplôme:

clinicien/clinicienne domaine opératoire sage-femme
 soins en anesthésie soins d'urgence soins intensifs
 spécialiste clinique master PhD
 DAS _____ MAS _____
 EPD ES _____ EPS _____

Autre _____

Position professionnelle:

Domaine d'activités:

employé-e

hôpital établissement médico-social domaine opératoire
 psychiatrie réhabilitation enseignement
 soins intensifs soins d'urgence service d'aide et de soins
 recherche développement des soins à domicile/ambulatoire
 administration publique Management Assurance

Autre _____

Employeur:

page 2

Adresse:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Exercice indépendant: | <input type="checkbox"/> Infirmière indépendante soins à domicile OPAS 7 | <input type="checkbox"/> Infirmière indépendante psychiatrie OPAS 7 |
| <input type="checkbox"/> Infirmière indépendante conseil en allaitement OPAS 15 | <input type="checkbox"/> Infirmière indépendante conseil diabétologie OPAS 9c | <input type="checkbox"/> autre p.e. enseignement |

Nom de l'entreprise:

Adresse professionnelle:

Voulez-vous participer activement aux activités de l'association?

oui non

Si oui, veuillez indiquer quel domaine vous intéresse

- Section
- Association spécialisée
- Groupe d'intérêts communs
- Commission

Lequel/laquelle? _____

Une liste exhaustive se trouve sur www.sbk-asi.ch/fr/association

Remarques:

J'ai pris connaissance de l'ASI par:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> publicité à l'école | <input type="checkbox"/> publicité au lieu de travail | <input type="checkbox"/> consultation et conseil |
| <input type="checkbox"/> congrès | <input type="checkbox"/> revue | <input type="checkbox"/> internet |
| <input type="checkbox"/> formation continue/postdiplôme | | <input type="checkbox"/> publication ASI |

autre: _____

personne/adresse: _____

Lieu/date:

Signature:

Veuillez joindre une copie des documents suivants:

- Formation accomplie en Suisse: diplôme et/ou certificat(s) de capacité
- Formation accomplie à l'étranger: numéro d'enregistrement CRS et attestation de la CRS
- Etudiant-e: attestation de l'école ou copie de la carte d'étudiant-e

Veuillez retourner ce formulaire à: ASI-SBK Suisse, Choisystrasse 1, case postale, CH-3001 Berne
Téléphone 031 388 36 36, fax 031 388 36 35, info@sbk-asi.ch, www.sbk-asi.ch