



Beitrittserklärung SVS N/O

Hiermit möchte(n) ich (wir) dem Schweizerischen Verband der Sozialversicherungs-Fachleute Region Nord-/Ostschweiz beitreten.

Name / Firma * _____

Adresse * _____

Arbeitgeber _____

Telefon Privat * _____ Telefon G.* _____

Fax Privat _____ Fax G. _____

E-Mail Privat _____ E-Mail G. _____

Geburtsdatum _____

Art der Mitgliedschaft (zutreffendes ankreuzen): *

- Einzelmitglied mit der Zeitschrift CHSS „Soziale Sicherheit“ (CHF 125.- pro Jahr)
 Kollektivmitglied (CHF 350.- pro Jahr)

Sind Sie bereits Mitglied in einem anderen Regionalverband? (zutreffendes ankreuzen) *

Nein. Ja, in diesem: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Statuten gelesen und dieses Formular korrekt ausgefüllt zu haben.

Ort / Datum _____

Unterschrift _____

Erklärung bitte senden an:

SVS N/O
Schweizerischer Verband der Sozialversicherungs-Fachleute
Region Nord-/Ostschweiz
Postfach 1863
8021 Zürich