



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 * _____ Mobile * _____

Telefon G. * _____

E-Mail Privat * _____ E-Mail G. _____

Geburtsdatum * _____

Art der Mitgliedschaft (zutreffendes ankreuzen): *

- Einzelmitglied (CHF 135.-- pro Jahr)
 Kollektivmitglied (CHF 380.-- 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
8021 Zürich