



**SWISS NURSE LEADERS**  
REGIONALGRUPPE BERN

## Anmeldeformular zum Beitritt

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Beruflicher Werdegang in Kurzform \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Funktion \_\_\_\_\_

Anzahl und Grösse der unterstellten \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PZL/Ort \_\_\_\_\_

Telefon direkt/Telefon Sekretariat \_\_\_\_\_

Fax/E-Mail \_\_\_\_\_

*Bitte beachten Sie den Artikel 4 der Statuten bezüglich der Aktivmitgliedschaft:*

Die Vereinigung steht allen interessierten Verantwortlichen eines Pflegedienstes im Kanton Bern offen,  
**die Mitglieder Swiss Nurse Leaders Schweiz sind.**

**Der Mitgliederbeitrag für Swiss Nurse Leaders Regionalgruppe Bern beträgt Fr 150.00 jährlich.**

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie dieses Formular an:

Patricia Stucki, Gerbergasse 11a, 3011 Bern  
[swissnurseleaders-bern@hispeed.ch](mailto:swissnurseleaders-bern@hispeed.ch)