

Mitgliedschaft bei der SGMK

Name	Vorname
Privatadresse	PLZ/Ort
Telefon	Mobile
Geburtsdatum	
Geschäftsname	
Geschäftsadresse	PLZ/Ort
Telefon Geschäft	E-Mail
Homepage	

An welche Adresse möchten Sie Ihre Korrespondenz?
 Welche Position nehmen Sie aktuell ein?
 Dürfen wir Ihre Adresse an Drittpersonen weitergeben?

☐ Privat	☐ Geschäft
☐ Angestellt	☐ Selbständig
☐ Ja	☐ Nein

Bitte ausfüllen und Kopien der Ausbildungsnachweise senden (zwingend notwendig)

☐ KosmetikerIn EFZ (Kosmetikerin mit eidg. Fähigkeitszeugnis)
☐ KosmetikerIn FA (Kosmetikerin mit eidg. Fachausweis)
☐ KosmetikerIn HFP (Kosmetikerin mit eidg. Diplom)
☐ KosmetikerIn mit Diplom der Fachschule: _____
☐ Ärztinnenund Ärzte
☐ Med. PraxisassistentIn
☐ ApothekerIn
☐ andere Ausbildungen, bitte notieren: _____

SGMK Mitgliedschaft	Jahresbeitrag
☐ Aktiv-Einzelmitgliedschaft	CHF 285.00
☐ Firmenmitgliedschaft Unternehmen, Schulen, Kliniken, Arztpraxen etc., die zum Kosmetikberuf/-branche fachliche und/oder wirtschaftliche Beziehungen unterhalten bzw. der Branche nahe stehen oder diese unterstützen wollen.	CHF 400.00

Hiermit beantrage/n ich/wir die Aufnahme in der **SGMK** Schweizerische Gesellschaft für medizinische Kosmetik. Ich/wir erkläre/n, dass ich/wir mich/uns zu den Verbandszwecken bekenne/n, die Vorschriften der Statuten akzeptiere/n. Der Austritt kann jährlich mittels eingeschriebenen Briefes an das SGMK-Sekretariat bis spätestens 1 Monat vor Ablauf des Mitgliedschaftsjahres erklärt werden. Ausstehende statutarische Beiträge bleiben über den Austritt geschuldet.

Datum _____ Rechtsgültige Unterschrift _____

Bitte senden oder mailen an:

SGMK | Schweizerische Gesellschaft für medizinische Kosmetik | Dorfstrasse 19a | 6340 Baar | info@sgmkverband.ch