



Schweizerische Kopfwehgesellschaft
Société Suisse des Céphalées
Società Svizzera di Cefalea
Societad Svizra da mal il Chau
Swiss Headache Society

Antrag auf Mitgliedschaft / Demande d'affiliation

Name, Vorname / nom, prénom:

- Arzt, Ärztin / médecin
- Pfleger, Schwester / infirmier, infirmière
- andere / autres:

Ausbildung / Formation

Facharzttitel / Titres de spécialiste:

Fähigkeitsausweis / Formation complémentaire:

Adresse Arbeitsort / adresse professionnelle

Institution, Praxis
institut, cabinet:

Tel / Tél:

E-Mail:

Abteilung / division:

Strasse / Rue

PLZ, Ort / NPA, lieu:

Privatadresse / adresse privée

Strasse / Rue:

Tel / Tél:

PLZ, Ort / NPA, lieu:

E-Mail:

Bezug zur Kopfschmerzproblematik / rapport avec le problème des céphalées:

SKG Paten / SSC parrains: **1.**

2.

Datum, Unterschrift / date, signature