Schweizerische Kopfwehgesellschaft
Société suisse pour l'étude des cephalées
Società svizzera per lo studio delle cefalee
Societad svizra per il studi del mal il tgau
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 professionelle

Institution, Praxis
institut, cabinet: _____ Tel / Tél : _____

Abteilung / division: _____ Fax: _____

Strasse / Rue _____ E-Mail: _____

PLZ, Ort / NPA, lieu: _____

Privatadresse / adresse privée

Strasse / Rue _____ Tel / Tél : _____

PLZ, Ort / NPA, lieu: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Bezug zur Kopfschmerzproblematik / rapport avec le problème des cephalées:

_____

_____

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

2. _____

_____

Datum, Unterschrift / date, signature

Bitte senden an / veuillez renvoyer à: SKG Geschäftsstelle c/o IMK Inst. für Medizin und Kommunikation AG
Münsterberg 1, 4001 Basel Tel: 061 271 35 51, Fax: 061 271 33 38, kopfweh@imk.ch