



Schweizerische Kopfwehrgesellschaft
Société suisse pour l'étude des céphalées
Società svizzera per lo studio delle cefalee
Societad svizra per il studi del mal il tgaü
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 : _____
Abteilung / division: _____ Fax: _____
Strasse / Rue _____ E-Mail: _____

Privatadresse / adresse privée

Strasse / Rue _____ Tel / Tél : _____
PLZ, Ort / NPA, lieu: _____ Fax: _____
E-Mail: _____

Bezug zur Kopfschmerzproblematik / rapport avec le problème des céphalées:

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

Datum, Unterschrift / date, signature