



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