

Données personnelles Madame Monsieur

Facture à (si l'adresse est différente):

Nom:

Nom:

Prénom:

Prénom:

Date de naissance:

Rue, no:

Rue, no:

NPA/localité:

NPA/localité:

Téléphone privé:

Téléphone professionnel:

Mode de paiement:

Natel:

annuel

E-mail:

semestriel (majoration de Fr. 10.– par an)

Site internet:

trimestriel (majoration de Fr. 20.– par an)

Langue de correspondance:

français

italien/français

allemand

italien/allemand

Acceptez-vous que votre adresse soit transmise à des tiers? à des fins commerciales

oui non

à des fins professionnelles

oui non

Données professionnelles:

Taux d'occupation:

_____ %

Infirmière diplômée/infirmier diplômé:

Diplôme: ES

HES / Bachelor

Diplôme niveau II

SIG

PSY

HMP

Infirmière / infirmier diplôme niveau I

inf. ass. (CC CRS)

Etudiant-e

Diplôme étranger

reconnu par la CRS

en cours de reconnaissance par la CRS

Formation de... à...:

Centre de formation:

Ecole:

Formation postdiplôme:

clinicien/clinicienne

domaine opératoire

sage-femme

soins en anesthésie

soins d'urgence

soins intensifs

spécialiste clinique

master

PhD

DAS _____

MAS _____

EPD ES _____

EPS _____

Autre _____

Position professionnelle:

employé-e

Domaine d'activités:

hôpital

établissement médico-social

domaine opératoire

psychiatrie

réhabilitation

enseignement

soins intensifs

soins d'urgence

service d'aide et de soins

recherche

développement des soins

à domicile/ambulatoire

administration publique

Management

Assurance

Autre _____

Employeur: _____

Adresse: _____

- Exercice indépendant:** Infirmière indépendante soins à domicile OPAS 7 Infirmière indépendante psychiatrie OPAS 7
- Infirmière indépendante conseil en allaitement OPAS 15 Infirmière indépendante conseil diabétologie OPAS 9c autre p.e. enseignement

Nom de l'entreprise: _____

Adresse professionnelle: _____

Voulez-vous participer activement aux activités de l'association? oui non

Si oui, veuillez indiquer quel domaine vous intéresse

- Section (délégués-e, comité, groupe d'intérêts communs, groupe régional)
- ASISP Association suisse des infirmières puéricultrices
- FSIA Fédération suisse des infirmières et infirmiers anesthésistes
- ASS Association suisse des stomathérapeutes
- ASIST Association suisse des infirmières de santé au travail
- SUS Soins d'urgence Suisse
- Curacasa – Association Suisse des infirmiers indépendants
- Groupe d'intérêts communs Soins infirmiers domaine opératoire Suisse (SIDOPS)
- GIC suisse des infirmières et infirmiers-conseil en diabétologie (GICID)
- CIG Informatique dans les soins infirmiers (GIC)
- GIC suisse des infirmières en néphrologie
- GIC Suisse ANP – Advanced Nursing Practice
- GIC Soins infirmiers en Prévention de l'Infection (SIPI)
- Assemblée suisse romande des infirmières cliniciennes et infirmiers cliniciens (ASRIC)
- GIC des infirmières spécialisées en médecines alternatives et complémentaires de Suisse romande et italienne (ISMAC)
- Commission (domaine spécialisé): _____
- d'autres _____
- d'autres _____

Remarques: _____

J'ai pris connaissance de l'ASI par:

- publicité à l'école publicité au lieu de travail consultation et conseil
- congrès revue internet
- formation continue/postdiplôme publication ASI

 autre: _____ personne/adresse: _____

Lieu/date: _____

Signature: _____

Veuillez joindre une copie des documents suivants:

- Formation accomplie en Suisse: diplôme et/ou certificat(s) de capacité
- Formation accomplie à l'étranger: numéro d'enregistrement CRS et attestation de la CRS
- Etudiant-e: attestation de l'école ou copie de la carte d'étudiant-e

Veuller retourner ce formulaire à: ASI-SBK, Association suisse des infirmières et infirmiers
 Secrétariat central, Choisystrasse 1, case postale 8124, CH-3001 Berne
 Téléphone 031 388 36 36, fax 031 388 36 35, info@sbk-asi.ch, www.sbk-asi.ch