

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: _____

Mode de paiement:

Téléphone professionnel: _____

annuel

Natel: _____

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

E-mail: _____

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

Site internet: _____

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

Données professionnelles:

Taux d'occupation: _____ %

**Infirmière diplômée/
infirmier diplômé (formation):**

ES

HES

Etudiant-e

diplôme niveau I

diplôme niveau II

SIG

HMP

PSY

inf. ass. (CC CRS)

Formation de... à...: _____

Centre de formation: _____

Ecole: _____

Formation postdiplôme:

domaine opératoire

soins intensifs

soins en anesthésie

sage-femme

master

clinicien/clinicienne

spécialiste clinique

santé publique

psychiatrie

gériatrie

prévention

soins d'urgence

PhD

cadre: _____

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

Employeur: _____

Adresse: _____

exercice indépendant

soins à domicile/ambulatoire

conseil en allaitement

psychiatrie

conseil en diabétologie

Adresse professionnelle: _____

Etes-vous intéressé-e à 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, commission, groupe régional)
- JASI (Jeune ASI)
- ASISP Association suisse des infirmières puéricultrices
- CISI Communauté suisse d'intérêts pour soins intensifs
- 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
- SIPOPS groupe d'intérêts communs Soins infirmiers domaine opératoire Suisse
- GIC suisse des infirmières-conseil en diabétologie
- GICI Informatique dans les soins infirmiers
- GIC suisse des infirmières en néphrologie
- ASRIC Assemblée suisse romande des infirmières cliniciennes et infirmiers cliniciens
- SIPI GIC romand Soins infirmiers en prévention de l'infection
- ISMAC GIC des infirmières spécialisées en médecines alternatives et complémentaires de Suisse romande et du Tessin
- Commission (domaine spécialisé): _____

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
- autre: _____
- personne: _____

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 avec sceau de la CRS

Etudiant-e: attestation de l'école ou copie de la carte d'étudiant-e

Données internes à l'ASI: (à laisser en blanc)

Catégorie: _____ Numéro de membre: _____

Taux d'activité: _____ Avec/sans revue: _____

Section: _____ Tiers payeur: _____

Type de facturation: _____

Examiné et approuvé par le comité de section:

Lieu/date: _____ Au nom du comité: _____

A été contacté-e: _____

Veuillez retourner ce formulaire à:

SBK-ASI, 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