PHYSIOTHERAPEUTEN-VERBAND
FÜRSTENTUM LIECHTENSTEIN (PVFL)
Postfach 603 · FL-9494 Schaan
www.physio.li · pvfl@physio.li

Antragsformular zur PVFL-Mitgliedschaft

Name:	_____	Arbeitsplatz:	_____
Vorname:	_____	Adresse (G):	_____
Adresse (P):	_____	PLZ, Ort (G):	_____
PLZ, Ort (P):	_____	Telefonnummer (G):	_____
Telefonnummer (P):	_____	e-Mail (G):	_____
Geb.-Datum:	_____		
e-Mail (P):	_____	Beschäftigungsausmass:	_____
Antragsdatum:	_____	Zusatzausbildung:	_____
Arbeitsbeginn:	_____	Abrechnungsnummer:	_____

Meine e-Mail Adresse für PVFL Infos _____

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, die Tarifverträge, die Statuten, den QS- Vertrag und die gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Kenntnis genommen zu haben und erlauben uns, Ihre Daten zu Verbandszwecken zu verwalten (siehe Homepage www.physio.li)

Mitgliederbeitrag: CHF 500.00 jährlich

Kündigungsfrist der Mitgliedschaft: 3 Monate ***(jeweils auf Ende Juni und Ende Dezember möglich***)

Formular bitte vollständig ausfüllen und eine Kopie des Diploms beilegen

Datum: _____ Unterschrift: _____