



Antrag Mitgliedschaft im Verein EFCAP-CH

Wir freuen uns über Ihr Interesse an einer Mitgliedschaft im Verein EFCAP-CH. Wir bitten Sie, das Formular auszufüllen und uns postalisch oder digital (info@efcap.ch) zukommen zu lassen.

Personalien:

Titel: _____ Frau: ☐ Herr: ☐
Name: _____
Vorname: _____
Geb.-Datum: _____
Aktuelle Funktion: _____

Privatanschrift:

Strasse, Hausnr.: _____
PLZ, Ort: _____
E-Mail privat: _____
Telefon privat: _____

Angaben zum Arbeitgeber:

Arbeitsverhältnis: ☐ Niedergelassen ☐ Institutionell
Name Praxis/ Institution: _____
Strasse, Hausnr. _____
PLZ, Ort _____
E-Mail dienstlich: _____
Telefon dienstlich: _____

Haupttätigkeitsfeld/ Interessen (mehrere Antworten möglich):

<input type="checkbox"/> Zivilrecht	<input type="checkbox"/> Strafrecht	<input type="checkbox"/> Forensische Psychiatrie	<input type="checkbox"/> Pflege
<input type="checkbox"/> Jura	<input type="checkbox"/> KJP	<input type="checkbox"/> Forensische KJP	<input type="checkbox"/> Schule
<input type="checkbox"/> Rechtspsychologie	<input type="checkbox"/> KESB	<input type="checkbox"/> Sozialdienst	<input type="checkbox"/> andere





**European Association for Forensic Child &
Adolescent Psychiatry, Psychology & other
involved professions - Switzerland**

Kosten:

Der jährliche Mitgliederbeitrag beläuft sich auf CHF 20.00.

Die Rechnung soll ausgestellt werden auf

☐ Anschrift Privat

☐ Anschrift Institution

Datum/ Unterschrift:



Sekretariat EFCAP-CH
Kehlhofhöhe 1B
6043 Adligenswil



Telefon +41 78 208 00 83
info@efcap.ch
www.efcap.ch