

# Vereinigung kinder- und jugendpsychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte der Schweiz

## Antrag auf Mitgliedschaft bei der VKJC

Angaben zur Person	
Titel	
Name *	
Vorname *	
Adresszusatz	
Strasse / Nummer *	
PLZ / Ort*	
Telefon Geschäft *	
Telefon Privat	
Fax Geschäft	
Email-Adresse Geschäft *	
Email-Adresse privat	
Angaben zur Institution	
Name *	
Strasse / Nummer *	
PLZ / Ort *	
Telefon Zentrale *	
Weiterbildungsstätte Kategorie *	A B C
Jahr der Übernahme der Leitung der Weiterbildungsstätte *	
Bemerkungen	

Die mit \* bezeichneten Felder sind Pflichtfelder und müssen ausgefüllt werden.

**Die Voraussetzung für die Aufnahme bei der VKJC ist die Mitgliedschaft bei der SGKJPP.**  
(Siehe Statuten VKJC Art. 3 Abs.1)

Ich bin Mitglied der SGKJPP.

Ich bin noch kein Mitglied der SGKJPP. ([Antragsformular](#))

Ort:

Datum:

Unterschrift:

-----

Bitte das ausgefüllte und unterschriebene Formular senden an:

**SGKJPP - VKJC**, Sekretariat, Altenbergstrasse 26, Postfach 686, 3000 Bern 8 oder per Mail  
an: [sgkjpp@psychiatrie.ch](mailto:sgkjpp@psychiatrie.ch)