



Daten Mob San Hist Personal

Bei der ersten Fassung das Formular bitte vollständig ausfüllen. Ab der zweiten Fassung bitte Namen / Vornamen und die zu mutierenden Felder angeben.

- NO-Funktion: Ärztin / Arzt (bitte ankreuzen)
 Med. Fachperson
 Gruppenchefin Sanität / Gruppenchef Sanität
 Transportchefin / Transportchef
 FW-Sanitäterin / FW-Sanitäter, eingeteilt in FW (Ort):

.....

- Anrede: Frau Herr (bitte ankreuzen)

Name:
 Vorname:
 Adresse Privat:
 PLZ / Ort:

Telefon Privat:
 Telefon Geschäft:
 Mobil Privat:
 Mobil Geschäft:
 Pager:
 E-Mail Privat:
 E-Mail Geschäft:

Bank-/Postverbindung:
 IBAN:

AHV-Nummer:
 Geburtsdatum:

Bitte ausgefüllt zurücksenden an **Stabsstelle Notorganisation, Hinterbergstrasse 43, 6312 Steinhausen** oder an Info.AZM@zg.ch. Besten Dank.