



**SVSLB**

Alte Steinhauserstrasse 21  
CH-6330 Cham  
phone +41 (0)41 41 740 15 10  
e-mail mail@svslb.ch

Schweizerischer Verband zur Förderung der Schmerztherapie nach  
Liebscher & Bracht und deren Anerkennung durch die  
Zusatzversicherung der Schweizer Krankenkassen (SVSLB)

## **ANMELDUNG** **Verbandsmitgliedschaft SVSLB**

ORGANISATION:	.....	GEB.DATUM:	.....
NAME:	.....	TEL. P:	.....
VORNAME:	.....	TEL. G:	.....
ADRESSE:	.....	MOBILE:	.....
WOHNORT:	.....		
E-MAIL:	.....		

---

Ich trete dem SVSLB als Verbandsmitglied bei (CHF 130.- p.a.)

Wir treten dem SVSLB als Körperschaft bei (CHF 300.- p.a.)

### **Bemerkungen**

.....  
.....  
.....

Bitte Mitgliedschaft mit dem Namen und Vermerk SVSLB auf folgende Bankverbindung zu überweisen:  
**Raiffeisenbank, 6330 Cham, IBAN: CH35 8080 8004 4696 8759 7**

Ort/Datum:            Unterschrift: