



### 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](mailto:Info.AZM@zg.ch). Besten Dank.