

## Allg. Personalblatt – temporäre Anstellung

(bitte retournieren an [info@swissmedicalpersonal.ch](mailto:info@swissmedicalpersonal.ch))

Personalien		
Name, Vorname		
Strasse / PLZ / Ort		
Geburtsdatum		
Zivilstand		
Nationalität		
Konfession		
<b>Mobile</b>		
<b>E-Mail</b>		
<b>AHV-Nummer</b>		
Sind Sie bei uns im Haupterwerb oder Nebenerwerb tätig?	<input type="checkbox"/> Haupterwerb	<input type="checkbox"/> Nebenerwerb
Gewünschtes Arbeitspensum	_____ %	Ab wann:
Tätigkeit	<input type="checkbox"/> OP-Pflege/TOA <input type="checkbox"/> IPS/IMC – Pflege <input type="checkbox"/> Lagerung	<input type="checkbox"/> Anästhesiepflege <input type="checkbox"/> FA Anästhesiologie <input type="checkbox"/> Sonstige: _____
Bemerkungen zum Einsatz:	<input type="checkbox"/> Nachtdienst <input type="checkbox"/> Wochenende	<input type="checkbox"/> Pikett <input type="checkbox"/> Sonstige: _____
<b>SRK-Anerkennung</b>	<input type="checkbox"/> JA (bitte beilegen)	<input type="checkbox"/> NEIN

Kinderzulagen	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Wer bezieht Kinderzulagen?	
Anzahl Kinder / Name Kind(er)	
AHV-Nr. Kind(er)	
Anmeldung Kinderzulagen	Falls Sie zulagenberechtigt sind und diese durch Swiss Medical Personal GmbH beziehen möchten, legen Sie bitte eine Kopie des Familienbüchleins bei.
Aufenthaltsbewilligung	
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Wenn ja, welche und wie lange ist sie gültig? <b>Kopie bitte beilegen!</b>	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> L Gültig bis: _____
bei <b>Quellensteuer: aktueller Tarif</b>	

Bankangaben	
Name der Bank	
Adresse der Bank	
Clearing-Nr. der Bank	
IBAN-Nummer	

Mobilität	
Eigenes Fahrzeug	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

Sprachen			
Deutsch	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> Muttersprache
Deutsch mündl. Kenntnisse	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> ausreichend
Deutsch schriftliche Kenntnisse	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> ausreichend
Französisch	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> Muttersprache
Italienisch	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> Muttersprache
Englisch	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> Muttersprache
Andere:	.....		

Spitäler «bevorzugter Einsatz»			Name des Spitals
<b>Region Aargau:</b> Aarau/Baden/Brugg/Leuggern/Zoffin.	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	_____
<b>Region Basel:</b> Basel/Dornach/Fricktal/Liestal	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	_____
<b>Region Bern:</b> Bern/Biel	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	_____
<b>Region Glarus:</b> Glarus	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	_____
<b>Region Graubünden:</b> Chur/Davos	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	_____
<b>Region Luzern:</b> Luzern/Sursee	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	_____
<b>Schaffhausen</b>	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	_____
<b>Solothurner Spitäler:</b> Solothurn/Langenthal/Olten	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	_____
<b>St. Gallen</b>	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	_____
<b>Region Thurgau:</b> Münsterlingen	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	_____
<b>Li. Zürichseeufer: / Re. ZSU:</b> Horgen / Männedorf	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	_____
<b>Oberer Zürichsee:</b> Rapperswil/Lachen/Uznach	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	_____
<b>ZH Oberland:</b> Wetzikon/Uster	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	_____
<b>Winterthur</b>	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	_____
<b>Region Zug:</b> Zug	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	_____
<b>Region Zürich:</b> Zürich/Zollikerberg	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	_____
Andere:			_____

In welchem Spital waren Sie in den letzten 6 Monaten tätig:	
Zeitraum / Spital / Arbeitgeber	_____

Ort, Datum / Unterschrift:	
_____	