

Beitrittserklärung**Berufsgruppe Schauspielerinnen und Schauspieler des SSFV**

Name: Vorname:

Adresse: Tel:

PLZ / Ort: Fax:

AHV-Nr.: Mobil:

Geb.-Datum: e-mail:

Sprachen: freiberuflich fest angestellt

Beruflicher Werdegang (bitte Curriculum Vitae beilegen):

.....

.....

.....

.....

Referenzen (mind. 2 SchauspielerInnen, die SSFV-Mitglied sind):

1. 2.

3.

Der/die Unterzeichnende erklärt hiermit, in Kenntnis der Statuten des SSFV und der „Berufsgruppe Schauspielerinnen und Schauspieler“, ab der Aufnahme durch den SSFV-Vorstand dem SSFV beizutreten, und verbürgt sich für wahrheitsgemässe Angaben.

Ort: Datum:

Unterschrift:

Einsenden an: SSFV, Josefstrasse 106, Postfach 2210, 8031 Zürich