**Inscription comme nouveau membre de la société suisse de paraplégie SSoP:**

Nom: ……………………………………………….………………………………….

Prénom: …………………………………………………..………………………………

Profession: …………………………………………………………………………………..

Clinique/ cabinet: …………………………………………………………………………………..

Adresse privée: …………………………………………………………………………………..

 ……………………………………………………………………….………….

 …………………………………………………………………………………..

Adresse prof.: …………………………………………………………………………….…….

 …………………………………………………………………………….…….

 ………………………………………………………………………………..…

Tél. privée: ……………..……………………………………….

Tél. prof.: …………..………………………………..………..

Courriel: ………….…………………………………………..

Fax: …………………………………………..………….

Date: …………………………… Signature: ………………………………………..

**Remplissez le formulaire s.v.p. bien lisible et envoyez-le à l’adresse suivante:**

Société suisse de paraplégie SSoP

Secrétariat

Case postale

Bündtengasse 2

4800 Zofingen