**Anmeldung als neues Mitglied der Schweizerischen Gesellschaft für Paraplegie:**

Name: ……………………………………………….………………………………….

Vorname: …………………………………………………..………………………………

Beruf: …………………………………………………………………………………..

Klinik/Praxis: …………………………………………………………………………………..

Adresse privat: …………………………………………………………………………………..

 ……………………………………………………………………….………….

 …………………………………………………………………………………..

Adresse Geschäft: …………………………………………………………………………….…….

 …………………………………………………………………………….…….

 ………………………………………………………………………………..…

Telefon: Privat: ……………..……………………………………….

 Geschäft: …………..………………………………..………..

 e-mail: ………….…………………………………………..

 Fax: …………………………………………..………….

Datum: …………………………… Unterschrift: ………………………………………..

**Bitte gut leserlich ausfüllen und an die Geschäftsstelle senden.**