**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.**