

Déclaration d'adhésion à l'association l'Interessenverband für Ärzte und andere akademische Berufe

Adhésion par _____

Prénom _____

Nom _____

Profession _____

Titre académique _____

Date de naissance _____

Rue, No. _____

NPA, Lieu _____

Téléphone _____

E-Mail _____

Je confirme l'exactitude des informations ci-dessus et la prise de connaissance des statuts
(www.interessenverband.ch/page/statuten).

Signature

Demandeur / -trice

Lieu et date

Signature

Envoyer s'il vous plaît

Par e-mail : info@interessenverband.ch

Par courrier : Interessenverband für Ärzte und andere akademische Berufe, Löwenstrasse 25, Case postale, 8021 Zurich