Demande d'admission

Je soussigné, médecin, vétérinaire ou médecin-dentiste, demande à être admis en tant que membre de la SFPA et m'engage à en respecter les statuts.

Je suis titulaire d'une licence aéronautique de : ……..……....

Lieu et date : ……..……..……...…… Signature : ……..……..……...

Veuillez adresser la correspondance à :

- ❑ mon adresse privée
- ❑ mon adresse professionnelle

Inscription à faire figurer dans l'annuaire des membres

Titre :	Année de naissance :
Nom : Prénom :	
Spécialité :	
Adresse privée : Numéro postal et lieu : Téléphone privé : FAX privé : E-mail :	
Adresse professionnelle : Numéro postal et lieu : Téléphone privé : FAX professionnel :	

à envoyer au président : Dr Jakob Roffler, 34, Quai de Corsier, CH-1246 Corsier
e-mail : president@sfpa.ch