



Anmeldung Alumni SHLR

Angaben zur Person

Anrede _____
Vorname _____
Name _____

Angaben zum Abschluss

Abschlussjahr _____

Privatadresse

Strasse _____
Land _____
Postleitzahl _____
Ort _____
Mail _____
Telefon _____
Geburtsdatum _____

Arbeitgeber

Aktueller Arbeitgeber _____

Anmeldung

- Ich melde mich als Mitglied der Alumni-Organisation der SHLR an.
- Ich melde mich als Mitglied der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Logopädie SAL an. Ich erhalte auf den offiziellen Mitgliederpreis als Alumni-Mitglied der SHLR 50 % Rabatt.
- Ich bin bereits Mitglied der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Logopädie SAL.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten von der SHLR gespeichert werden. Die Alumni-Daten werden ausschliesslich für Alumni-Zwecke verwendet und von der SHLR nicht an Dritte weitergegeben.

Datum _____

Unterschrift _____