

Demande d'admission en tant que membre associé

Est rempli par la FSAP

Groupe régional _____ Numéro de la BSLA _____

Données personnelles

Madame Monsieur sans titre

Nom _____ Prénom _____

Titre (dipl.) _____ Titre académique (Dr. / Prof.) _____

Date de naissance _____ Nationalité _____ Sexe _____

Adresse privée

Rue/numéro _____ Boîte postale _____

Code postal/localité _____ Pays _____

Téléphone mobile _____ E-mail _____

Adresse professionnelle/employeur

Nom de l'entreprise _____

Fonction/position _____ depuis _____

Rue/numéro _____ Case postale _____

Code postal/localité _____ Pays _____

Téléphone _____ Téléphone (ligne directe) _____

Courriel _____ Site web _____

Formation

Formation professionnelle

Formation de _____

de _____ jusqu'à _____

Formation de _____

de _____ jusqu'à _____

Formation professionnelle supérieure / études

Nom de l'école _____

Département/faculté _____

Début des études _____ Date d'obtention du diplôme _____

Diplôme de _____

Données pour l'association

Langue

Communication écrite en

allemand

français

Adresse d'envoi

Poste

Adresse privée

Adresse professionnelle

Courrier électronique

Adresse privée

Adresse professionnelle

Groupe régional

Chaque membre individuel est obligatoirement membre d'un groupe régional de son choix (exception : lieu de travail à l'étranger).

Argovie

Berne-Soleure

Suisse centrale-Tessin

Suisse du Nord-Ouest

Suisse orientale

Suisse romande

Zurich

(étranger)

Demande d'admission

Lieu/date _____

Je confirme par la présente que je suis d'accord avec les statuts et le règlement des membres de la FSAP et je m'engage à respecter le code de déontologie de la FSAP. De même, je confirme que mon adresse de membre sera publiée dans le répertoire des membres de la BSLA.