



## 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 Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Logopädie SAL an. Ich erhalten 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 \_\_\_\_\_