



ST. GALLER LOGOPÄDINNEN UND LOGOPÄDEN

## BEITRITTSERKLÄRUNG als Aktivmitglied

Name: .....

Vorname: .....

Strasse: .....

PLZ/Ort: .....

Tel.: .....

E-Mail: .....

Arbeitgeber: .....

Strasse: .....

PLZ/Ort: .....

Tel.: .....

Stellenprozente: ..... (Bei mehreren Arbeitsorten Rückseite benutzen)

Logopädiediplom im Jahr: .....

Institution: ..... (Bitte Kopie des Diploms beilegen!)

Lehrdiplom vorhanden:  Ja  Nein

Ich bin mir bewusst, dass ein Teil meiner Daten auf der Homepage des BSGL  
([www.bsgl.ch](http://www.bsgl.ch)) unter der Rubrik „Mitglieder“ veröffentlicht wird.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte senden an: Geschäftsstelle BSGL  
Patricia Markwalder  
Rehetobelstrasse 48  
9000 St. Gallen