

# Inscription à la SSPES

Veillez choisir les sociétés affiliées désirées et indiquer tous les informations dans la liste suivante.

(\*=obligatoirement)

Je désire m'inscrire à la SSPES!

Mme\* M.\* Prof. Dr

Prénom\*

Nom\*

Adresse

(privée)\*

CP/Lieu\*

E-Mail adresse\*

Telefon

Date de  
naissance

Langue                    D F I

Pays (étranger  
seulement)

Ecole\*

Canton

Catégorie de membre:

actif    passif (à la retraite)    étudiant/e