

**Berufsverband Bündner   
Logopädinnen und Logopäden**

**B e i t r i t t s e r k l ä r u n g**

**Name:**

**Vorname:**

**Adresse:**

**Telefon:**

**E-mail/Fax:**

**Berufsadresse:**

**Telefon:**

**E-mail/Fax:**

**Logopädiediplom im Jahre:**

**Bei folgender Institution:**

**> bitte eine Kopie Ihres Diploms beilegen**

**Ort und Datum: Unterschrift:**

**Per Post an: Katharina Schulz, Heroldstrasse 10, 7000 Chur senden**