

Mitgliedschafts-Beitrittserklärung

Der / Die Unterzeichnende bewirbt sich um eine Mitgliedschaft beim SVIAL. Formular bitte vollständig ausfüllen.

Name Vorname

Adresse PLZ/Ort

☎ P ☎ G

E-Mail P E-Mail G

Geburtsdatum . . Arbeitgeber

Legi-Nr. Korrespondenzsprache d fr it

In Ausbildung

In Berufsphase

Im Ruhestand

Studium (Kopie der Abschlussurkunde der Hochschule beilegen) _____

Institution Semester Doktorandensemester

Studienrichtung Abschlussjahr Abschluss

Dissertation _____

Institution Abschlussjahr Titel

Nachdiplomstudium _____

Institution Abschlussjahr Studium

Spezialausbildung

Tätigkeitsgebiet _____

Forschung und Entwicklung

Industrie und Handel

Öffentliche Verwaltung

Organisationen und Verbände

Berufsbildung und Unterricht

Beratung und Treuhand

Internationale Landwirtschaft

Datum . . Unterschrift

Aufgenommen am . . (bitte leer lassen)

svial asiat
My Agro Food Network

Schützenstrasse 10, 3052 Zollikofen
☎ + 41 (0)31 910 50 75
svial@svial.ch, www.svial.ch