



Schweizerische Gesellschaft für Porphyrie
Société Suisse de Porphyrie
Società Svizzera per la Porfiria

- Einzelmitglied
- Passivmitglied
- Familie
(im gleichen Haushalt wohnend)
- Gönner

ANTRAG ZUR MITGLIEDSCHAFT / DEMANDE D'ADHÉSION DOMANDA D'ISCRIZIONE

Name **Vorname(n)**

Strasse / Nr.

PLZ / Ort

Tel. 1 Mobile

Fax E-Mail

Datum: Unterschrift:

.....

.....

bitte einsenden an:

Stadtpital Triemli, Zentrallabor, **Schweizerische Gesellschaft für Porphyrie SGP**,
Birmensdorferstrasse 497, 8063 Zürich