

Inscription

Nom:

Prénom:

Rue, Numéro:

Code postal, Ville:

E-mail:

Téléphone:

Branches d'exploitation / Cabinet:

- Je souhaite adhérer en tant qu'agriculteur/trice.
Merci de m'envoyer le formulaire d'inscription.
- Je souhaite adhérer en tant que vétérinaire.
Merci de m'envoyer le formulaire d'inscription.
- Je souhaite adhérer collectivement à travers
notre association/organisation. Merci de
m'envoyer le formulaire d'inscription.
- J'aimerais soutenir l'association financièrement.
Merci de me contacter.

Veuillez
affranchir

Schweizer Kälbergesundheitsdienst
c/o Vetsuisse-Fakultät
Winterthurerstr. 260
8057 Zurich

