

Anmeldung als Mitglied der AG Lehrer

Name: _____

Anschrift: _____

Tel./Fax.: _____

Email: _____

Unterrichtsfach: _____

Mitglied des Landesverbandes: _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Bitte zurückfaxen: 0221/5107194
oder zurückmailen: schmidtreg@med.uni-duesseldorf.de



MEMBER OF WCPT

**World Confederation
for Physical Therapy**