

Mitgliedschaft bei der IGRP

Einzelmitgliedschaft

Name: _____

Vorname: _____

Funktion: _____

Ausbildung / Zusatzausbildung: _____ / _____

Arbeitgeber: _____

Privatadresse:

Strasse: _____

PLZ, Ort: _____

E-mail: _____

Kollektivmitgliedschaft

Ansprechperson der Klinik:

Name: _____

Vorname: _____

Funktion: _____

Klinikadresse:

Institution: _____

Strasse: _____

PLZ, Ort: _____

E-mail: _____

Anzahl Betten: _____

Datum: / Unterschrift: _____

Bitte senden an: Herr Ueli Wenger
Präsident IGRP
Rehabilitation
Luzerner Kantonsspital
6000 Luzern 16
Tel. 041 205 56 74
Mail: ueli.wenger@ksl.ch