

Societas Medicinae Physicalis et Rehabilitationes Fenniae ry:n hallitukselle

Haluan liittyä Societas Medicinae Physicalis et Rehabilitationes Fenniae ry:n jäseneksi.

Paikka: _____

Päiväys: ____ / ____ 200 ____

Allekirjoitus: _____

Nimenselvennys: _____

Osoite: _____

Työpaikka: _____

Puhelinnumero(t): _____

Sähköpostiosoite: _____