

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: _____

Syntymäaika _____ / _____ / _____

Osoite: _____

Työpaikka: _____

Puhelinnumero(t): _____

Sähköpostiosoite: _____