



Bitte zurücksenden an:
post@dglymph.de

⇒ **BITTE ALLE FELDER AUSFÜLLEN**
⇒ **AUCH ONLINE IM DOWNLOADBEREICH**
www.dglymph.de

Name	
Fachrichtung Arzt	
Fachrichtung Physiotherapeut	
Lymphologische physiotherapeutische Schwerpunktpraxis DGL (LPS)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Name der Praxis Klinik	
Spezialgebiet	
Spezielle therapeutische Verfahren	
Spezielle diagnostische Verfahren	
Straße und Hausnummer	
Land und Ort	
Internetadresse	
E-Mail	
Telefon	
Vorschläge Schwerpunktthemen auf künftigen Tagungen	
Sonstige Anmerkungen Vorschläge	

Mit der Veröffentlichung meiner Daten auf der Homepage www.dglymph.de erkläre ich mich einverstanden.

(Datum)

(Unterschrift)

HERZLICHEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT UND IHR INTERESSE.