



Anmeldung für das Diabetes- Rehabilitationsprogramm im Stadtspital Triemli.

Name:

Anschrift:

.....

.....

Telefon privat:

Telefon mobil:

Krankenkasse:

.....

.....

Ort / Datum:

Zuweiser:
(Stempel+Unterschrift)

Versenden an:
Stadtspital Triemli
Physiotherapie
Birmensdorferstrasse 497
8063 Zürich

christian.lueder@triemli.zuerich.ch