

Schulternetzwerk Deutschland e.V.
Gründung eines lokalen Schulternetzwerkes



Daten des lokalen Schulternetzwerkes

Name des lokalen Schulternetzwerkes		Emailadresse des lokalen Schulternetzwerkes (z.B. berlin@schulternetzwerk.de) Einkommende Mails werden an den lokalen Vorstand gesendet.	
Schulternetzwerk _____		_____@schulternetzwerk.de	
Name Institution (Praxis oder Einrichtung)		Anschrift (Institution)	PLZ, Ort (Institution)
Telefon (Institution)		Email (Institution)	

Kernteam des lokalen Schulternetzwerkes

Titel Herr/Frau/Dr.	Vorname* (Mitglied Ausschuss Lokales Schulternetzwerk)	Name* (Mitglied)

Titel Herr/Frau/Dr.	Vorname* (Mitglied (Mitglied Ausschuss Internet))	Name* (Mitglied)

Ärztliche Mitglieder des lokalen Schulternetzwerkes (medizinisch und chirurgisch)

Name der medizinischen Institution (Praxis oder Einrichtung)		Anschrift (Institution)	PLZ, Ort (Institution)
Telefon (Institution)		Email (Institution)	
Titel Herr/Frau/Dr.	Vorname* (Mitglied)	Name* (Mitglied)	

Name der chirurgischen Institution (Praxis oder Einrichtung)		Anschrift (Institution)	PLZ, Ort (Institution)
Telefon (Institution)		Email (Institution)	
Titel Herr/Frau/Dr.	Vorname* (Mitglied)	Name* (Mitglied)	

Physiotherapeutische Mitglieder des lokalen Schulternetzwerkes

Titel Herr/Frau/Dr.	Vorname* (Mitglied)	Name* (Mitglied)

Titel Herr/Frau/Dr.	Vorname* (Mitglied)	Name* (Mitglied)

Titel Herr/Frau/Dr.	Vorname* (Mitglied)	Name* (Mitglied)

Titel Herr/Frau/Dr.	Vorname* (Mitglied)	Name* (Mitglied)

- Die Beiträgerklärungen der Mitglieder liegen vor.
- Die Beitragserklärungen werden separat an den Verein Schulternetzwerk Deutschland e.V. gesendet

Rücksendemöglichkeiten:

- per Post an den Verein Schulternetzwerk Deutschland e.V., Bärheide 15, 38442 Wolfsburg
- als Scan/Foto an beitritt@schulternetzwerk.de
- durch Rückgabe an Ihren Vermittler