

Zur optimalen Planung der Veranstaltung wird um eine **Anmeldung bis zum 24. April 2010** gebeten.

Ja, ich/wir nehme/n an der Fortbildungsveranstaltung "Schlaf-Sauerstoff-Beatmung" am 08. Mai 2010 mit _____ Personen teil.

Krankenhaus

1. Person: Name/Vorname

2. Person: Name/Vorname

3. Person: Name/Vorname

Straße

PLZ/Ort

E-Mail

Telefon

Fax

Klinik/Stempel/Unterschrift

Die Teilnahmegebühr für die Fortbildungsveranstaltung inkl. Kaffeepause und Mittagessen beträgt pro Person 20,00 Euro. Sie erhalten mit der Anmeldebestätigung eine Rechnung.
Bitte überweisen Sie den Betrag erst nach Erhalt einer Rechnung.

Bitte faxen an

0 81 52/91 89 19