

Anmeldung

an Praxis Dr. med. D. Rösing

Fax: 03831 / 6679907 oder Mail: roesing-praxis@web.de

Titel _____

Nachname _____

Vorname _____

Anschrift _____

Straße _____

PLZ Ort _____

EFN _____

Telefon _____

Fax _____

E-Mail _____

TEILNAHME- 930,00 € für Ärzte
GEBÜHR 830,00 € für Mitglieder JuniorAkademie

Ich bin Mitglied der JuniorAkademie
(Nachweis beifügen)

Hiermit melde ich mich verbindlich an zum Basiskurs

Sexualmedizin in der Urologie

[Teil A: 06. - 07. April 2018 / Teil B: 18.-19. Mai 2018 / Teil C: 29.-30. Juni 2018]

in Berlin

Ort, Datum, Unterschrift - ggfs. Stempel

Nach Eingang Ihrer Anmeldung erhalten Sie lediglich eine kurze Eingangsbestätigung.
Erst mit Erreichen der Mindest-Teilnehmerzahl (15 Pers.) erhalten Sie dann Ihre Anmeldebestätigung und Rechnung über BRITTA BLÖH Seminar Services, Hamburg, die im Namen und auf Rechnung der DGU e.V. tätig wird.

