

Anmeldeformular

für den Kompaktkurs für Internistische Sonographie in Regensburg

07. - 10. März 2024

Titel: _____ **Name:** _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Land: _____

Telefon: (Pflichtfeld) _____

E-Mail: (Pflichtfeld) _____

Krankenhaus / Praxis: _____

Krankenhausadresse: _____

Rechnungsempfänger (Pflichtfeld) Sie selbst Klinik/Praxis

Vorkenntnisse (bitte ankreuzen)

keine Vorerfahrung 0-1000 Sonographien > 1000 Sonographien

Vegetarier ja nein

Ich habe die Teilnahmebedingungen auf der Homepage gelesen und melde mich hiermit verbindlich zum Kompaktkurs Internistische Sonographie an.

Die Kursgebühr in Höhe von 995€ überweise ich bis spätestens zwei Wochen nach Erhalt der Rechnung auf das auf der Rechnung angegebene Konto.

Bitte warten Sie bis zur schriftlichen Bestätigung der Anmeldung.

Ihre Anmerkungen:

Hiermit melde ich mich verbindlich zu o.g. Kurs an.

Mit der Anmeldung erkenne ich die Teilnahmebedingungen an.

Ort, Datum, Unterschrift

Anmeldeformular an:

Dr. med. Josef Zäch, Birkenweg 1, 93152 Nittendorf

oder per **Fax: 01803 622229 15980** (9 Cent/min. aus dem dt. Festnetz)

oder per Mail an kontakt@sonographie-kurs.de

www.sonographie-kurs.de

unsere Datenschutzerklärung finden Sie auf der Homepage