

# Anmeldeformular

für den Kompaktkurs für Internistische Sonographie in Regensburg

**26. - 29. September 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 1100€ 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](mailto:kontakt@sonographie-kurs.de)

**[www.sonographie-kurs.de](http://www.sonographie-kurs.de)**

unsere Datenschutzerklärung finden Sie auf der Homepage