

**ANMELDUNG PER FAX: +49 (0)89 37 50 75 39**

Hiermit melde ich mich verbindlich für folgenden Kurs an:

**MIC-Endoskopie-Grundkurs 2019, 15. - 16. Oktober 2019, München**

Frau  Herr

\_\_\_\_\_  
Titel

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Krankenhaus

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Fax

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Nach Eingang Ihrer Anmeldung erhalten Sie von uns eine Bestätigung per Mail sowie die Bankverbindung zur Begleichung der Kursgebühren.  
(AGE-Mitglieder: 300,00 €, Nichtmitglieder 350,00 €)

Nach erfolgter Zahlung der Kursgebühren erhalten Sie die endgültige Bestätigung zur Teilnahme an dem Kurs.

Aufgrund der begrenzten Teilnehmerzahl (15) werden Teilnehmer nach Eingang der Anmeldung berücksichtigt.

Für Fragen gerne an: [w.knoch@linik-mednord.de](mailto:w.knoch@linik-mednord.de), Tel. +49 (0)89 37 50 75 32