

ANMELDUNG

Ich möchte mich gerne für den nächstmöglichen Termin für die **suchtmedizinische Weiterbildung** anmelden/informieren.

Teilnehmer:

Vorname, Name

Aktuelle Tätigkeit (Arzt im KH, Arzt in Praxis, Arzt in Weiterbildung, Sonstiges)

Straße, PLZ, Ort

Telefon

Mobil

E-Mail

(Ort und Datum)

(Unterschrift)

hiermit melde ich mich für die von Ihnen zu den genannten Daten angebotene Fortbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ an.

Ich darf Sie um eine Anmeldebestätigung sowie weitere Ablauf- und Zahlungsinformationen bitten.

ich interessiere mich für die angebotene Fortbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“.

Bitte senden Sie mir weitere Informationen zu Terminen sowie hinsichtlich der Ablauf- und Zahlungsmodalitäten zu.

Sonstiges: