

Fax-Nr: 06224 – 594 4221

**Anmeldung zum
Kurs „HPV-assoziierte Neoplasien –
Diagnostik – Therapie – Prävention“**

Titel/Name _____

Institut/Praxis: _____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon/Fax: _____

Email: _____

- Ja, ich nehme an dem **Kurs „HPV-assoziierte Neoplasien“** in Berlin am 13. September 2014 teil.

Bitte kreuzen Sie an:

- Leitende/r / niedergelassene/r Arzt/Ärztin (EUR 40,-)
 Assistenzarzt / Assistenzärztin (EUR 20,-)
 medizinische/r Fachangestellte/r (EUR 10,-)

Datum/Unterschrift



Stempel

Nach Eingang Ihrer Anmeldung erhalten Sie eine Anmeldebestätigung und die Rechnung. Ihre Teilnahme setzt Rechnungsausgleich voraus.

Bei Fragen steht Ihnen Frau Kathrin Ruf sehr gerne zur Verfügung.
Tel. +49 (0)6224-594 221, Email: kruf@spmsd.com