

**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](mailto:kruf@spmsd.com)