

Per Fax an: 0621 – 39776913 oder per Email an: kruf@spmsd.com

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

Titel/Vorname/Name _____

Institut/Praxis: _____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon/Fax: _____

Email: _____

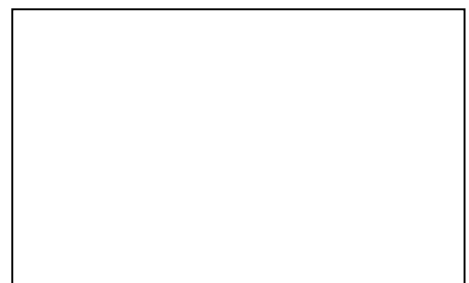
- Ja, ich nehme an dem **Kurs „Papillomvirus-assoziierte Neoplasien“** in Berlin am 21. November 2015 teil.

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 per Email. Ihre Teilnahme setzt Rechnungsausgleich voraus.

Bei Fragen steht Ihnen Frau Kathrin Ruf-Brehme sehr gerne zur Verfügung.
Tel. +49 (0)30-499198-187, Email: kruf@spmsd.com