

Anmeldung per Post

oder

per Fax:

**neuroraum Fortbildung**  
**Semmelstr. 36/38**  
**97070 Würzburg**  
**DEUTSCHLAND**

**0049 931 46 07 90 34**

Frau  Herr  Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Titel / Hochschulabschluss: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Anschrift dienstlich  / privat : \_\_\_\_\_

Telefon / Mobil: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

In Deutschland als PP, KJP oder Arzt / Ärztin approbiert? ja:  nein:

***Hiermit melde ich mich für die folgende(n) Fortbildungsveranstaltung(en) verbindlich an\*:***

Kursnummer und Thema: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Preis: \_\_\_\_\_

Kursnummer und Thema: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Preis: \_\_\_\_\_

Kursnummer und Thema: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Preis: \_\_\_\_\_

Einlösen eines Gutscheines: \_\_\_\_\_ Gutschein-Nr. \_\_\_\_\_ Gutschein-Betrag \_\_\_\_\_

Anmerkungen: \_\_\_\_\_

Die Teilnahmegebühr über insgesamt \_\_\_\_\_  Euro

liegt als Verrechnungsscheck bei. Bitte beachten Sie, dass Schecks erst bei Veranstaltungsbeginn eingelöst werden.

habe ich überwiesen

auf das Deutsche Konto der Dt. Apotheker- und Ärztebank, SWIFT: DAAEDED, IBAN: DE68300606010204388216

ziehen Sie bitte über meine Kreditkarte ein:

Prüfnummer der Kreditkarte: \_\_\_\_\_ (letzten drei Ziffern auf dem Unterschriftsstreifen; Kreditkartenrückseite)

Kreditkarteninhaber: \_\_\_\_\_

Visa Card Nr: \_\_\_\_\_ Verfallsdatum: \_\_\_\_\_

Euro / Master Card Nr: \_\_\_\_\_ Verfallsdatum: \_\_\_\_\_

bitte senden Sie mir Neuigkeiten über meine o.g. E-Mail-Adresse zu (falls gewünscht, bitte ankreuzen)

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden: \_\_\_\_\_

\*Die aktuellen Teilnahmebedingungen erkenne ich an. Diese können unter [www.neuroraum.de](http://www.neuroraum.de) eingesehen werden. (Auf Wunsch senden wir Ihnen diese gerne per E-Mail zu.)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_