

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 eingesehen werden. (Auf Wunsch senden wir Ihnen diese gerne per E-Mail zu.)

Datum: _____ Unterschrift: _____