

Absender:

Rückantwort
REPETITORIUM INTENSIVMEDIZIN
Münster, 5. bis 9. Februar 2018

Sekretariat der
Klinik für Anästhesiologie,
operative Intensivmedizin und Schmerztherapie
Universitätsklinikum Münster
z. H. Frau D. Gohmann
Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude A 1
48149 Münster

Anmeldung (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Am REPETITORIUM INTENSIVMEDIZIN vom 5. bis 9. Februar 2018 in Münster nehme ich **verbindlich** teil:

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort : _____

Telefon: _____ Fax: _____

Die Teilnehmergebühr überweise ich bis **spätestens 29. Januar 2018**. ()

Die Teilnehmergebühr (die Bestätigung zur Teilnahme muss Ihnen vorliegen) muss aus organisatorischen Gründen bis spätestens 29. Januar 2018 bei uns eingegangen sein, ansonsten ist eine Teilnahme nicht möglich. Zahlung im Tagungsbüro mit EC- oder anderen Kreditkarten ist nicht möglich.

Bankverbindung:
Wissenschaftlicher Kreis der Klinik für Anästhesiologie
und operative Intensivmedizin der Universität Münster e.V.
Volksbank Münster eG.
IBAN: DE 50 4016 0050 0015 1669 04
BIC GENODEM1MSC

Unterschrift: _____

Da die Teilnahme an dieser Veranstaltung elektronisch an die Ärztekammer Westfalen-Lippe übermittelt wird, bitten wir Sie, uns bereits bei Ihrer Anmeldung Ihren Barcode zur Verfügung zu stellen.

EFN- Barcode bitte hier einkleben

