

REGISTRIERUNGSFORMULAR

*Pflichtfelder

Frau Herr Klinik Praxis

Titel*

Vorname*

Name*

Klinik/ Praxis*

Fachabteilung*

Position/ Funktion*

Straße, Nr. (Klinik/ Praxis)

PLZ, Ort (Klinik/ Praxis)

Telefon*

Telefax

E-Mail*

Wir sind gehalten, Teilnahmebescheinigungen nur noch **personalisiert** herauszugeben. Hierfür benötigen wir folgende Daten:

Straße, Nr. (Privat)*

PLZ, Ort (Privat)*

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)*

Datum

Eingeladen durch: _____

NEUE ENTWICKLUNGEN IN DER HERZMEDIZIN UPDATE **ESC 2015**

per Fax an: **030 / 887 099 26**

online über: **www.schaeferevent.de**

per E-Mail an: **s.schaefer@schaeferevent.de**

per Post an: Schäfer Event & Kommunikation
Potsdamer Str. 73 • 14513 Teltow

ANMELDUNG

- Ja**, ich nehme am Symposium am Mittwoch, den **09.09.2015 ab 18:00 Uhr**, teil.
- Nein**, ich werde an der Fortbildung nicht teilnehmen. Bitte laden Sie mich zum nächsten Symposium wieder ein.

Die Teilnehmerzahl ist im Gutshaus Steglitz **limitiert** und für die notwendige Planung bitten wir höflich um Ihre **schriftliche Voranmeldung**.

VERANSTALTUNGSORT

Gutshaus Steglitz
Schloßstraße 48 • 12165 Berlin

VERANSTALTER / KONGRESSORGANISATION

Schäfer Event & Kommunikation
Silke Schäfer
Potsdamer Straße 73 • 14513 Teltow
Tel. 030 / 886 756 82
Fax 030 / 887 099 26
s.schaefer@schaeferevent.de

ZERTIFIZIERUNG

Die Zertifizierung der ärztlichen Fortbildung wurde bei der Ärztekammer Berlin beantragt.