

Ihre Anmeldung unterzeichnet bitte an **kurse@arztpraxis-phys-reha.de** oder
per Post an:

Facharztpraxis Dr. med. Heike Steglich
Zamenhofstr. 65
01257 Dresden

Anmeldung
Analyse und Therapie von reflektorischen Schmerzen
des Bewegungsapparates in der Arztpraxis

Datum: Freitag, 26.02.2027 (15.00 Uhr) – Samstag, 27.02.2027 (17.00 Uhr)

Ort: Facharztpraxis für Physikalische und Rehabilitative Medizin
Zamenhofstraße 65, 01257 Dresden

Kursgebühren: 320,00 EUR

Hiermit melde ich mich verbindlich zu o.g. Fortbildung an:

Titel:

Name: Vorname:

PLZ: Wohnort:

Straße:

Tel.: E-Mail:

Aktuell bin ich als Ärztin/Arzt in ☐ ambulanter Praxis ☐ stationär/Klinik ☐ tätig.

....., den
Unterschrift/Stempel