

Ihre Anmeldung unterzeichnet bitte an **kontakt@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: Samstag, 26.10.2024 (8.30 Uhr) - Sonntag, 27.10.2024 (14.45 Uhr)
Ort: Facharztpraxis für Physikalische und Rehabilitative Medizin
Zamenhofstraße 65, 01257 Dresden
Kursgebühren: 360,00 EUR

Hiermit melde ich mich verbindlich zur 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.

Die Teilnahmebedingungen habe ich zu Kenntnis genommen.

....., den

.....

Unterschrift/Stempel

Mit der Anmeldebestätigung erhalten Sie dann auch die Rechnung.