

Bitte ausdrucken, unterschreiben und per Post oder Fax senden an:

Laser- und Medizin-Technologie GmbH, Berlin
Fabeckstr. 62, 14195 Berlin
Tel.: +49-30 / 8449 23-24
Fax : +49-30 / 8449 23-99



Anmeldung zum 3-Tageskurs „Lasermmedizin von A bis Z“

Veranstaltet von der LMTB in Zusammenarbeit mit der Abteilung Lasermmedizin der Evangelischen Elisabeth Klinik Berlin

BITTE deutlich lesbar IN DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen!!

Termin: _____ Ausweichtermin(e)¹: _____

Am Sonntag, 19.00 Uhr laden wir Sie und Ihre Begleitung zu einem gemeinsamen Abendessen mit den Referenten ein – Ich nehme mit _____ Person/en teil.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Titel/Dienststellung: _____

Ggf. Approbation am: _____ in: _____

Dienstanschrift: _____

Telefon dienstlich: _____ Fax: _____

Mobiltelefon _____ (privat)

E-Mail: _____

Wohnanschrift: _____

Um die Einteilung in Gruppen vornehmen zu können, bitten wir um folgende Angaben:

Fachrichtung: _____

Tätig in Praxis, Klinik, Forschungsinstitut, sonstiges: _____

*Der 3. Kurstag findet in der Evangelischen Elisabeth Klinik (mit Live-OP-Übertragung und praktischem Teil) statt - **Thoraxchirurgen** können alternativ in der Abteilung Thoraxchirurgie der Evangelischen Lungenklinik Berlin-Buch (mit **Lungen-OP** und praktischer Übung) hospitieren.*

3. Kurstag - Alternativtermin in der Ev. **Lungenklinik** in Berlin-Buch JA NEIN

Wie haben Sie von unserem Kurs erfahren?

Kollegen, Internetsuche, Printmedien, sonstiges: _____

Die Teilnahmegebühr beträgt € 595.-.

Bei Rücktritt innerhalb einer Woche vor Kursbeginn wird eine Gebühr von € 80,- fällig.

Datum: _____

Unterschrift

¹ Wegen begrenzter Teilnehmerzahl bitten wir um Angabe von Ausweichterminen.