

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: Freitag, 22.03.2024 (8.30 Uhr) - Samstag, 23.03.2024 (14.45 Uhr)
Ort: Sächsische Landesärztekammer Dresden, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Kursgebühren: 340,00 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.