

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, 30.31.2026 (8.30 Uhr) - Sonntag, 31.05.2026 (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.

....., den
Unterschrift/Stempel