

ANMELDUNG EINER BEZIRKSÄRZTEVERSAMMLUNG

Bitte folgende Felder ausfüllen:

Veranstalter:	
Einladung ergeht an:	
Datum:	Uhrzeit:
Ort:	
Programm vor / nach der Fortbildungsveranstaltung:	
Titel der Fortbildungsveranstaltung:	
Referent/en:	
Pharmafirma:	
Information zur Sponsorleistung (bitte ankreuzen):	
<input type="checkbox"/> Übernahme Referentenhonorar(e)	
<input type="checkbox"/> Übernahme Buffetkosten/Verpflegung	
Barcodeliste schicken an:	
Bitte um Approbation der Veranstaltung für:	Fortbildungspunkte

Datum

Unterschrift

