

**9. Tag der Wunde**

**Interdisziplinäres Fachsymposium für Ärzte, Pflegende und Therapeuten**

**Freitag/Samstag, 20./21. April 2018**

**Antwort**

Aus organisatorischen Gründen bitten wir um Anmeldung bis **spätestens 26. März 2018**, per Post an Schön Klinik Vogtareuth, Krankenhausstr. 20, 835690 Vogtareuth oder per Fax an 08038-90-2543

**Die Teilnehmerzahl ist begrenzt.**

**Anmeldungen werden in der Reihenfolge des Eingangs berücksichtigt.**

Schön Klinik Vogtareuth

Petra Rölz

Sekretariat Pflegedienstleitung

Krankenhausstraße 20

83569 Vogtareuth

**Ich nehme an folgenden Veranstaltungen teil:**

**Freitag, 20. April 2017 Samstag, 21. April 2017**

 **Ich benötige die Registrierung bei ICW**

**Teilnahmegebühr:**

Die Teilnahmegebühr beträgt **pro Tag 35,00 €.** Die Verpflegung ist darin enthalten.

Der Rechnungsversand erfolgt nach und in der Reihenfolge der Anmeldungen.

**Aufgrund der begrenzten Teilnehmerzahl gilt die Teilnahme erst nach Zahlungseingang als bestätigt. Jeder Teilnehmer muss einzeln angemeldet werden!**

**Teilnehmer: Rechnungsadresse / Firma:**

…………………………………………………. …………………………………………………….

Name, Vorname Name

…………………………………………………. …………………………………………………….

Beruf, Funktion Insitution

…………………………………………………. …………………………………………………….

E-Mail\* Straße, Hausnr.

…………………………………………………. …………………………………………………….

Telefon Telefon

…………………………………………………. …………………………………………………….

Datum, Unterschrift PLZ, Ort

\*mit der Angabe meiner E-Mail-Adresse bin ich einverstanden, Informationen über Fachsymposien der Schön Klinik Vogtareuth per Mail zu erhalten

 **Schön Klinik. Messbar. Spürbar. Besser.**