

Anmeldung zum MR-Kursus 2010

Hiermit melde ich mich für den Weiterbildungskursus zum Thema MR an.

- Kursdatum: _____
- Ich bitte um Reservierung eines Hotelzimmers
 - ab So: zusätzliche Übernachtung für eigene Rechnung
 - ab Mo
- Ich bin Ärztin / Arzt
- Ich bin Ärztin / Arzt in Aus- bzw. Weiterbildung
- Ich bin MTRA

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Eine Rechnung geht Ihnen nach Beendigung des Kurses per Post zu.
Bei einer Absage später als zwei Wochen vor Kursbeginn, ist eine
Stornierungsgebühr von € 100,-- zu entrichten.

Name/Vorname: _____
(Bitte alles in Blockschrift)

Anschrift privat: _____

Telefon: _____

Anschrift Klinik: _____

Rechnungsanschrift: _____

Ort / Datum

Unterschrift

Zurück an:

Philips GmbH, Unternehmensbereich Healthcare

Besuchs- und Referenzstellenmanagement

Frau Christine Garff

Tel. : 040 / 2899 6433

Lübeckertordamm 5

Fax:: 040 / 2899 6657

20099 Hamburg

E-Mail: ms.de.besuchsmanagement@philips.com