

Universitätsmedizin Greifswald  
Körperschaft des Öffentlichen Rechts  
**Klinik u. Poliklinik für Augenheilkunde**  
Ferdinand- Sauerbruch- Straße 1  
17475 Greifswald



## Anmeldung zum Greifswalder Laser-, Angiographie- und IVOM-Kurs

Hiermit melde ich mich verbindlich zu folgenden Kursmodulen an:

|  |                 |                       |
|--|-----------------|-----------------------|
| <b>Gesamter Kurs</b>   | <b>400,00 €</b> | <input type="radio"/> |
| Laserschutzkurs ausschließlich (MI 23.09.2020):                | 250,00 €        | <input type="radio"/> |
| Laserschutzkurs und praktische Übungen (MI 23.09/ DO 24.9.20): | 320,00 €        | <input type="radio"/> |
| IVOM-Wet-Lab & IVOM-Grundkurs (FR 25.09.20):                   | 80,00 €         | <input type="radio"/> |
| IVOM-Grundkurs ausschließlich (FR Nachmittag 25.09.20):        | 50,00 €         | <input type="radio"/> |

Die im Kursprogramm abgedruckten Formalia habe ich zur Kenntnis genommen.

Anrede \_\_\_\_\_ Titel \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Anschrift (die Anmeldebestätigung wird Ihnen an die angegebene Adresse zugestellt) privat:  oder dienstlich:

(ggf. Klinik) \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon (tagsüber) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_