

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

Anmeldung zum Greifswalder Laserkurs

Hiermit melde ich mich verbindlich zum Greifswalder Laserkurs und Laserschutzkurs vom
_____ bis _____ an.

Die im Kursprogramm abgedruckten Formalia habe ich zur Kenntnis genommen.

Anrede _____ Titel _____

Name _____ Vorname _____

geb. am _____

Straße (ggf. Klinik)

PLZ _____ Ort _____

Telefon (tagsüber) _____ / _____

E-mail _____

Datum _____ Unterschrift _____