

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

Anmeldung zum Greifswalder Laserkurs

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

Gesamter Kurs	400,00 €	<input type="radio"/>
Laserschutzkurs (ausschließlich):	250,00 €	<input type="radio"/>
Laserschutzkurs und praktische Übungen:	320,00 €	<input type="radio"/>
IVOM-Grundkurs (ausschließlich):	50,00 €	<input type="radio"/>
IVOM-Wet-Lab & IVOM-Grundkurs:	80,00 €	<input type="radio"/>

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 _____