

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:

Gesamter Kurs	400,00 €	<input type="radio"/>
Laserschutzkurs ausschließlich (Mo 17.02.2020):	250,00 €	<input type="radio"/>
Laserschutzkurs und praktische Übungen (Mo 17./ Di 18.2.20):	320,00 €	<input type="radio"/>
IVOM-Wet-Lab & IVOM-Grundkurs (Mi 19.02.20):	80,00 €	<input type="radio"/>
IVOM-Grundkurs ausschließlich (Mi Nachmittag 19.02.20):	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 _____