

Frau  Herr  Klinik  Praxis

\_\_\_\_\_  
Titel\*

\_\_\_\_\_  
Vorname\*

\_\_\_\_\_  
Name\*

\_\_\_\_\_  
Klinik/ Praxis\*

\_\_\_\_\_  
Fachabteilung\*

\_\_\_\_\_  
Position/ Funktion\*

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr. (Klinik/ Praxis)

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort (Klinik/ Praxis)

\_\_\_\_\_  
Telefon\*

\_\_\_\_\_  
Telefax

\_\_\_\_\_  
E-Mail\*

Wir sind gehalten, Teilnahmebescheinigungen nur noch **personalisiert** herauszugeben. Hierfür benötigen wir folgende Daten:

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr. (Privat)\*

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort (Privat)\*

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)\*

\_\_\_\_\_  
Datum

Eingeladen durch: \_\_\_\_\_

**per Fax an:**

**030 / 887 099 26**

**online über:**

**www.schaeferevent.de**

**per E-Mail an:**

**s.schaefer@schaeferevent.de**

**per Post an:**

Schäfer Event & Kommunikation  
Potsdamer Str. 73 • 14513 Teltow

## ANMELDUNG

- Ja**, ich nehme am **Symposium am Samstag, den 11. Juli 2015**, teil.
- Nein**, ich kann leider nicht teilnehmen. Bitte laden Sie mich zur nächsten Fortbildung wieder ein.

## VERANSTALTUNGSORT

Stiftung Alfried Krupp Kolleg Greifswald  
Martin-Luther-Str. 14 • 17489 Greifswald

## TAGUNGSZEIT

Samstag, den 11. Juli 2015  
von 09:00 Uhr bis 16:30 Uhr

## VERANSTALTER / KONGRESSORGANISATION

Schäfer Event & Kommunikation  
Silke Schäfer  
Potsdamer Straße 73 • 14513 Teltow  
Tel. 030 / 886 756 82  
Fax 030 / 887 099 26  
s.schaefer@schaeferevent.de

## ZERTIFIZIERUNG

Die Zertifizierung der ärztlichen Fortbildung wurde bei der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern beantragt und ist mit 8 CME-Punkten anrechenbar..