

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 2025

Hiermit melde ich mich verbindlich zu folgenden Kursmodulen an:

<b>GesamteK urs</b>	<b>400,00 €</b>	<input type="radio"/>
nur Laserschutzkurs (MI 26.02.25):	250,00 €	<input type="radio"/>
Laserschutzkurs und praktische Übungen (MI 26.02/DO 27.02.25):	320,00 €	<input type="radio"/>
IVOM-Wet-Lab & IVOM-Grundkurs (FR 28.02.25):	80,00 €	<input type="radio"/>
IVOM-Grundkurs ausschließlich (FR Nachmittag 28.02.25):	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.Praxis/Klinik) \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

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

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

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

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