

KLINIK KIPFENBERG GMBH

Neurochirurgische und Neurologische Fachklinik



Klinik Kipfenberg GmbH · Kindinger Straße 13 · 85110 Kipfenberg

Anmeldeformular

Kursbezeichnung : _____

Kursdaten : _____

Kursteilnehmer (bitte leserlich, in Druckschrift und nur für eine Person ausfüllen!)

Name : _____ Arbeitsplatz : _____

Vorname: _____ Abteilung : _____

Straße : _____ Straße : _____

PLZ / Ort : _____ PLZ / Ort : _____

Telefon : _____ Telefon : _____

Fax : _____ Fax : _____

Beruf : _____ Datum der Anerkennung : _____

Kopie des Berufsdiploms liegt bei

Kopie des Grundkurses (bei Aufbaukurs erforderlich) liegt bei

ggf. auf Warteliste setzen ja
 nein

Ort / Datum : _____ Unterschrift : _____

Bitte evtl. Änderungen unter der Tel.Nr.: **08465 / 175-106 (Fax: 175-111)** umgehend mitteilen.