

ANMELDUNG EINER BEZIRKSÄRZTEVERSAMMLUNG

Bitte folgende Felder ausfüllen:

| | |
|---|---------------------------|
| Veranstalter:in: | |
| Einladung ergeht an: | |
| Datum: | Uhrzeit: |
| Ort: | |
| Programm vor/nach der Fortbildungsveranstaltung: | |
| Titel der Fortbildungsveranstaltung: | |
| Referent:innen: | |
| Pharmafirma inklusive Kontaktdaten Ansprechperson: | |
| Barcodeliste schicken an: | |
| Bitte um Approbation der Veranstaltung für: | Fortbildungspunkte |

_____ Datum

_____ Unterschrift

