Anmeldung für den 23. Kurs Chirurgie Peripherer Nerven
vom 09. – 12. März 2027

Vorname: ..... Name: .....

Titel: ..... Funktion: .....

Klinikadresse
Abteilung: .....

Straße: .....

PLZ und Ort: .....

Tel.-Nr.: .....

Fax.-Nr.: .....

E-Mail: .....

Rechnungsadresse (falls abweichend)

Straße: .....

PLZ und Ort: .....

Facharzt ja □ nein□ wenn ja, Jahr der Facharztausbildung FA .....

Mitglied DGNC ja □ nein □

.....
Bewerber (Unterschrift)

Ich genehmige die Teilnahme am Nervkurs

.....
Direktor der Klinik (Unterschrift und Stempel)