

**Anmeldung für den 20. Nervkurs
vom 12. – 15. März 2024**

Vorname: Name:

Titel: Funktion:

Klinikadresse
Abteilung:

Straße:

PLZ und Ort:

Tel.-Nr.:

Fax.-Nr.:

E-Mail:

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)