

RÜCKMELDEFORMULAR

An
Sekretariat Referate
der Ärztekammer für NÖ
FAX: 01 / 53 751 / 280

Anmeldung für den **2. Teil Modul B** (bitte ankreuzen):

Donnerstag, den 23. Mai 2019 (von 15.00 bis 20.00 Uhr)
in der Ärztekammer für NÖ, Wipplingerstraße 2, 1010 Wien

Hiermit erkläre ich mein prinzipielles Interesse zur Teilnahme an
der Schulung, kann aber den angegebenen Termin nicht wahrnehmen

(Ein weiterer Schulungstermin ist für Herbst 2019 geplant).

Name der Ärztin/des Arztes

Datum, Unterschrift, Stampiglie