

Antwortfax

Hiermit bestätige ich die Teilnahme an folgendem Fortbildungsseminar:

Thema: Multiple Sklerose- MRT im klinischen Kontext

Referent: Priv. Doz. Dr. med. Karl Baum | Neurologe

Datum: 18.03.2020

Beginn: 19:00 Uhr

Ende: 20:30 Uhr (geplant)

Ort: Seminarraum der Praxis Schiffer | Havelplatz 1-5 | 16761 Hennigsdorf

Zu Ihrer Stärkung stellen wir einen kleinen Imbiss sowie alkoholfreie Getränke.

Ich nehme Teil	In Begleitung weiterer Personen (Anzahl)	Ich kann leider NICHT teilnehmen	Erbitte nachträgliches Informationsmaterial
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zutreffendes bitte ankreuzen und ggf. Anzahl weiterer Personen angeben.

Senden Sie uns **Ihre Antwort bitte bis Freitag den 13.03.2020** an die Faxnummer: **03302 8669 698**

.....
Name (Druckbuchstaben), Datum

.....
Unterschrift

INTERESSE AN UNSEREM NEWSLETTER?

Mit unserem Newsletter wollen wir Sie per Email über aktuelle Themen unserer Praxis, des MVZ sowie aus dem begleitenden medizinischen Umfeld informieren.

Ja, bitte sende Sie mir Ihren Newsletter	Ihre Email-Adresse zum Empfang des Newsletter (Druckbuchstaben)
<input type="checkbox"/>

Sie können den Newsletter jederzeit, ohne Angabe von Gründen per Email, Fax oder Telefon abbestellen. Weitere Details zum Newsletter und unserer diesbezüglichen Datenschutzerklärung entnehmen Sie bitte unserer Webseite (www.nuklearmedizin-schiffer.de/Datenschutz).

.....
Name (Druckbuchstaben), Datum

.....
Unterschrift