

Bitte umseitig ausfüllen und zurück an:



Landesärztekammer Thüringen
c/o Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung
Postfach 10 07 40
07707 Jena

Anmeldung

Ich habe Interesse an folgender Veranstaltung.
Bitte senden Sie mir das entsprechende Informationsmaterial und Gebührenformular zu.

Name der Veranstaltung:

am: _____

in: _____

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Es nehmen weitere Kollegen teil:
