

## Anmeldeformular

per Fax:  
035206/5 53 02

per E-mail:  
verwaltung.kinderklinik@klinik-bavaria.de



Kursbezeichnung
Kursdatum

### TEILNEHMER/ANSCHRIFT

Name
Vorname
Straße
PLZ/Wohnort
Telefon
E-Mail:
Fax
Berufsbezeichnung

Können Sie kurzfristig teilnehmen?  
 ja    nein

ggf. auf Warteliste setzen lassen?  
 ja    nein

**Ich melde mich hiermit verbindlich für obigen Kurs an und erkenne die allgemeinen Vertragsbedingungen an.**

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift