

## Anmeldung Ultraschall Grundkurs II 25.-26.11.2024

Anrede	
Titel	
Name	
Vorname	
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	
Telefon	
E-Mail	
Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN)	

Hiermit melde ich mich für die oben genannte Veranstaltung an. Die Kursgebühr in Höhe von **600,- Euro** (incl. Verpflegung während des Kurses) überweise ich auf folgende Kontoverbindung:

Wissenschaftl. Kreis der Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie  
des Universitätsklinikums Münster e.V.  
Vereinigte Volksbank Münster  
IBAN: DE26 4036 1906 0015 1669 03  
BIC: GENODEM11BB  
Verwendungszweck: Name + US November 2024

HINWEIS: Aufgrund der großen Nachfrage kann die Teilnahme erst nach Zahlungseingang verbindlich zugesagt werden. Bei Absage bis vier Wochen vor Kursbeginn wird die Kursgebühr abzüglich 30,- € Bearbeitungsgebühr erstattet. Danach ist keine Erstattung mehr möglich. Es kann jedoch eine Person als Ersatz zum Kurs gesandt werden.

Bitte senden Sie die Anmeldung an folgende Adresse:

Universitätsklinikum Münster  
Klinik für Anästhesiologie, operativ Intensivmedizin und  
Schmerztherapie  
Sekretariat  
Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude A1  
48149 Münster  
E-Mail: [sekretariat@anit.uni-muenster.de](mailto:sekretariat@anit.uni-muenster.de)