

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