

Post:
Ärztchammer Westfalen-Lippe
Akademie für medizinische Fortbildung
Postfach 40 67
48022 Münster

per Telefax:
0251/929-27-2203

e-mail:
hendrik.petermann@aekwl.de

A n m e l d u n g

(bitte leserlich ausfüllen)

Hiermit melde ich mich zu der nachstehend genannten Veranstaltung verbindlich an:

Curriculare Fortbildung
Anästhesie bei herzchirurgischen und interventionellen
kardiologischen Eingriffen
gem. Curriculum der Ärztekammer Westfalen-Lippe und den Empfehlungen der
Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin

Name: _____ Vorname: _____

Akademischer Grad: _____

Straße: _____

(Privatanschrift) _____

Ort: _____ Tel. (dienstl.): _____

Geb.Datum: _____ Geburtsort: _____

Arzt/Fachgebiet: _____ Klinik / Stadt _____

Mitglied der Akademie: ja nein

Ich bin mit der Weitergabe meiner Adresse an anfragende Stellen (z. B. zwecks Bildung von Fahrgemeinschaften) oder an Anfragende im Zusammenhang mit dem o. g. Kurs einverstanden.

ja nein

Hiermit melde ich mich verbindlich für das Training am TEE Simulator an.

ja nein

Hiermit melde ich mich verbindlich für den Rundgang durch den OP und die Intensivstation an.

ja nein

Hiermit melde ich mich verbindlich für das gemeinsame Abendessen zum Auftakt am 05.09.2018 an.

ja nein

(Ort/Datum)

(Unterschrift)