



Ärzteberater Netzwerk Ostbayern e.V.

Rückfax bitte unterschrieben an 0941 – 698 593 89 senden

Anmeldung

Aufgrund der Aktualität des Themas rechnen wir mit einem großen Zulauf für die Veranstaltung. Da die Teilnehmerzahl begrenzt ist, werden Anmeldungen in der Reihenfolge des Eingangs berücksichtigt.

Ihre Praxis

Name der Praxis: _____
Straße, Hausnummer: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____
Fax: _____
Email: _____
Internet: _____

Teilnehmer (ggf. Titel, Vorname, Name)

1. _____
2. _____
3. _____

Wie sind Sie auf die Veranstaltung aufmerksam geworden?

Auf Einladung von...

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> apoBank | <input type="checkbox"/> v. Düsterlho, Rothammer & Partner | <input type="checkbox"/> Kock&Vöste |
| <input type="checkbox"/> mediasolutions | <input type="checkbox"/> PRIVAS GmbH & Co. KG | <input type="checkbox"/> PURE Gruppe |
| <input type="checkbox"/> synlab | <input type="checkbox"/> medatixx | <input type="checkbox"/> Schmack Immobilien |
| <input type="checkbox"/> KVB | | |
- Internetseite www.aerzteberater-netzwerk.de Flyer/Aushang; wo? _____
 auf Empfehlung; von ? _____ sonstiges _____

- Hiermit melde ich mich verbindlich zur Veranstaltung an.
 Bitte informieren Sie mich über zukünftige Veranstaltungen des Ärzteberater Netzwerk Ostbayern e.V.

(Ort, Datum) (Ihre Unterschrift)

Ihr Einlasskarten werden Ihnen zeitnah auf dem Postweg zugestellt. Wir freuen uns Sie auf der Veranstaltung begrüßen zu dürfen.