Anmeldung Prüfarzttreffen

PsoBest Prüfarzttreffen am 15.03.19 von 14:00 – 15:00 Uhr

Congressforum Frankenthal,
Stephan-Cosacchi-Platz 5,
67227 Frankenthal

☐ Ich nehme am PsoBest Prüfarzttreffen mit ___ Personen teil.

☐ Ich habe Vorschläge zur Tagesordnung

→ bitte auf gesondertem Blatt übersenden

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

Teilnehmer 1

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

Teilnehmer 2

Für weitere Teilnehmer bitte ein Extrablatt nutzen

Unterschrift: ____

Antwort bis zum 28.02.2019 bitte an:

Fax: 040-7410-57227

Postanschrift: Univ.-Klinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie & bei Pflegeberufen, Martinistraße 52, 20246 Hamburg

z.Hd. Frau Borchert, oder Mail: info@psobest.de