

Anmeldeformular für das 15. Regionalanästhesiesymposium

Rechnungsadresse:

Titel: _____

Name: _____

Vorname: _____

Klinik (falls die Kosten übernommen werden): _____

Straße: _____

Hausnummer: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Bitte ankreuzen:

Preis

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--------|
| <input type="radio"/> Symposium | 11.11.2023 | 100,-€ |
| <input type="radio"/> Basisworkshop | 10.11. 12:00 – 19:00 Uhr | 350,-€ |
| <input type="radio"/> Aufbauworkshop | 10.11. 12:00 – 19:00 Uhr | 350,-€ |