

## 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,-€ |