



Anmeldung Praktikumskurs in Laborkunde 2024

per FAX 0921/1500558 oder e-mail: buero-aekv@t-online.de
an Ärztlichen Kreisverband Bayreuth, Brandenburger Str. 4, 95448 Bayreuth

Praxis _____
Straße _____
PLZ/Ort _____
FaxNr _____
Email _____

Teilnehmende(r)

Name, Vorname		Kurs Nr
Telefonnummer		
Email		

Name, Vorname		Kurs Nr
Telefonnummer		
Email		

Name, Vorname		Kurs Nr.
Telefonnummer		
Email		

Die Kursgebühr in Höhe von 80 Euro/ Teilnehmendem wird nach Eingang der Anmeldung in Rechnung gestellt und ist innerhalb von 2 Wochen zu überweisen. **Die Teilnahme kann nur nach Rechnungseingang erfolgen.**

Um eine gleichmäßige Auslastung der vorhandenen Laborplätze sicherzustellen, erfolgt die endgültige Einteilung der Kurse durch die Kursleitung.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel Ausbilder

Die Teilnehmenden erhalten eine Teilnahmebestätigung.