

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, liebes Praxisteam,

wir laden sie herzlich zur Fortbildung **ZI-Schulung „Diabetes mit Insulin“** ein.

Teil 1: Mittwoch 13.09.2017
für MFA von 14:00 - 20:00 Uhr, für Ärzte von 14:00 - 18:00 Uhr

Teil 2: Freitag 15.09.2017
nur für MFA von 8:30 - 17:30 Uhr
für die Erlangung des Zertifikats ist die Teilnahme der MFA an beiden Teilen obligat

Ort: Gemeinschaftspraxis Schaden,
Schadowstraße 86-88 (Eingang auf der Jacobistrasse)
40212 Düsseldorf

Teilnahmegebühr: 100 Euro pro Person
Wir bitten freundlich um Überweisung bis spätestens zum 15.08.2017

Urs Schaden, Apobank Düsseldorf
IBAN: DE 39 3006 0601 0006 7392 10 BIC: DAAEEDDD
Verwendungszweck: ZI-Schulung mit Insulin

**Verbindliche Anmeldung zur Fortbildung ZI-Schulung „Diabetes mit Insulin“
am 13.09 und 15.09.2017**

Ich/Wir nehmen an der o.g. Veranstaltung teil.

Anzahl der Ärzte: _____, Anzahl MFA: _____

Name, Vorname: _____

Name, Vorname: _____

Name, Vorname: _____

Praxisstempel

Unterschrift: _____

Bitte faxen Sie die Teilnahmeerklärung an 0211 / 960 825 61