

Anmeldung

zur Fortbildung des Kölner Dysphagiezentrums

Titel der Veranstaltung:

Termin:

Uhrzeit:

Ort:

Teilnahmegebühr:

Euro



Kölner Dysphagiezentrum

Sprechstunde für Menschen
mit Schluckstörungen
und ihre Angehörigen

Bitte senden Sie das ausgefüllte
Anmeldeformular bis spätestens zum
Anmeldeschluss an das

Kölner Dysphagiezentrum

Venloer Str. 389

5 08 25 Köln

Fax.: 0221 / 9 123701

<http://www.dysphagiezentrum.de>

Aufgrund begrenzter Teilnehmer-
zahlen können nicht immer alle
Anmeldungen berücksichtigt werden.

Alle Teilnehmer erhalten nach
Eingang der Anmeldung von uns eine
Rechnung über die Kursgebühr.

Meine Daten

Hiermit melde ich mich verbindlich für die oben genannte Fortbildung des **Kölner Dysphagiezentrums** an.
Ich habe die allgemeinen Geschäftsbedingungen des **Kölner Dysphagiezentrums** gelesen (z.B. im Internet unter:
<http://www.dysphagiezentrum.de/agb.htm>), habe sie verstanden und akzeptiere diese.

Name und Vorname

(Praxis/- Klinik-) Anschrift

Telefon/Fax

E-Mail

Unterschrift