Dr. Stehr Medizintechnik GmbH

Stempel der Praxis, Firma, Institution

Bitte zurück senden an die MEPRO
Dr. Stehr Medizintechnik GmbH:
Fax: 0351 / 89 66 39 - 11

ANMELDUNG

Hiermit melden wir uns verbindlich zu folgender Schulung an:

Datum:	**Thema:**

Teilnehmer:

Titel	**Name**	**Vorname**

Bemerkungen:

....
Ort, Datum Unterschrift

Bitte den Teilnahmebeitrag bis **2 Wochen vor dem Veranstaltungstag** auf folgendes Konto überweisen:

Apotheker- und Ärztebank Dresden
IBAN: DE58 3006 0601 0007 2374 48
BIC: DAAEDEDDXXX