

Patienteninformationsveranstaltungsreihe



Bitte helfen Sie uns bei der Planung und senden das vollständig ausgefüllte Formular per **Fax an die Nummer 0351 8064-117** oder per Post an nachfolgende Adresse:

PRAXISKLINIK HERZ UND GEFÄSSE

Kardiologie - Angiologie - Radiologie - Nuklearmedizin
z. Hd. Frau Ulrike Nowak
Forststrasse 3
01099 Dresden

Anmeldung

Für die Veranstaltung am _____ um _____ Uhr.
(Bitte Datum eintragen!) (Bitte Zeit eintragen!)

Ort: **PRAXISKLINIK HERZ UND GEFÄSSE**
Kardiologie - Angiologie - Radiologie - Nuklearmedizin
AKADEMISCHE LEHRPRAXIS DER TU DRESDEN
Forststrasse 3, 01099 Dresden
Konferenzraum (Erdgeschoss)

- Ja, ich nehme teil mit _____ Personen
- Ja, ich bin in das DMP KHK eingeschrieben
- Ja, ich bin in das CARDIO-Integral-Programm eingeschrieben

.....
Name, Vorname

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Ort

.....
Geburtsdatum

.....
Tel./Fax

.....
Datum, Unterschrift

>>Bitte vollständig ausfüllen, sonst kann Ihre Anmeldung leider nicht berücksichtigt werden!<<