

Teilnahme

**4. Innsbrucker Kurs
für Gleichgewichtsdiagnostik
25. und 26. November 2011**

Name:

Vorname:

Anschrift:

.....

Telefon:

Email:

Hiermit melde ich mich für den Kurs verbindlich an.

Teilnahmegebühr:

- als Facharzt 220,00 EUR
- als Arzt in Ausbildung 200,00 EUR
- als Med.-techn. Personal 150,00 EUR

Nach Überweisung der Kursgebühren auf nachfolgende Kontoverbindung erhalten Sie die Bestätigung zur Teilnahme.

Bank: BTV
Konto-Nr.: 100-415593
BLZ: 16000
IBAN: AT071600000100415593
BIC: BTVAAT22

Verwendungszweck: Gleichgewichtsdiagnostik
SAP-Nr.: D153110-014-012

Datum:

.....
Unterschrift

Teilnahme

**4. Innsbrucker Kurs
für Gleichgewichtsdiagnostik
25. und 26. November 2011**

Name:

Vorname:

Anschrift:

.....

Telefon:

Email:

Hiermit melde ich mich für den Kurs verbindlich an.

Teilnahmegebühr:

- als Facharzt 220,00 EUR
- als Arzt in Ausbildung 200,00 EUR
- als Med.-techn. Personal 150,00 EUR

Nach Überweisung der Kursgebühren auf nachfolgende Kontoverbindung erhalten Sie die Bestätigung zur Teilnahme.

Bank: BTV
Konto-Nr.: 100-415593
BLZ: 16000
IBAN: AT071600000100415593
BIC: BTVAAT22

Verwendungszweck: Gleichgewichtsdiagnostik
SAP-Nr.: D153110-014-012

Datum:

.....
Unterschrift

Teilnahme

**4. Innsbrucker Kurs
für Gleichgewichtsdiagnostik
25. und 26. November 2011**

Name:

Vorname:

Anschrift:

.....

Telefon:

Email:

Hiermit melde ich mich für den Kurs verbindlich an.

Teilnahmegebühr:

- als Facharzt 220,00 EUR
- als Arzt in Ausbildung 200,00 EUR
- als Med.-techn. Personal 150,00 EUR

Nach Überweisung der Kursgebühren auf nachfolgende Kontoverbindung erhalten Sie die Bestätigung zur Teilnahme.

Bank: BTV
Konto-Nr.: 100-415593
BLZ: 16000
IBAN: AT071600000100415593
BIC: BTVAAT22

Verwendungszweck: Gleichgewichtsdiagnostik
SAP-Nr.: D153110-014-012

Datum:

.....
Unterschrift

Stempel

Rückantwort:
Univ.-Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen
Medizinische Universität Innsbruck
Funktionsabteilung Neurootologie
Ao. Univ.-Prof. Dr. med. A.W. Scholtz
Anichstraße 35

Fax: +43-512-50423172
neurootologie@i-med.ac.at

A-6020 Innsbruck

Stempel

Rückantwort:
Univ.-Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen
Medizinische Universität Innsbruck
Funktionsabteilung Neurootologie
Ao. Univ.-Prof. Dr. med. A.W. Scholtz
Anichstraße 35

Fax: +43-512-50423172
neurootologie@i-med.ac.at

A-6020 Innsbruck

Stempel

Rückantwort:
Univ.-Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen
Medizinische Universität Innsbruck
Funktionsabteilung Neurootologie
Ao. Univ.-Prof. Dr. med. A.W. Scholtz
Anichstraße 35

Fax: +43-512-50423172
neurootologie@i-med.ac.at

A-6020 Innsbruck