

Anmeldeformular IGNH-Fortbildung Kurse

Name, Titel						
Adresse						
Gewünschte Kurse und Kursdatum						
IGNH-Mitgliedschaft	Ich bin IGNH - Mitglied	<input type="checkbox"/>	Ich bin kein IGNH - Mitglied	<input type="checkbox"/>	Ich möchte es gerne werden	<input type="checkbox"/>
Erklärung	Ich versichere, dass ich approbierter Arzt, Zahnarzt oder Tierarzt bin. Ich möchte oben genannte Kurse verbindlich buchen					
Ort, Datum, Unterschrift						
Bemerkungen						

IGNH-Mitglieder können während Ihrer Ausbildung die Kurse I – X zum reduzierten Preis wiederholen.
Zuzüglich zu den Kurs-Gebühren sind jeweilige Kongressgebühren zu entrichten.