

**per Postversand oder
Fax an: 04161 703-3845**

Elbe Gesundheits Akademie
Klinikum Buxtehude
Frau Xenija Bostelmann
Am Krankenhaus 1
21614 Buxtehude

Hiermit melde ich mich verbindlich für die Fortbildungsveranstaltung „Workshop Validation nach Feil®“ am 23. Oktober 2010 im Hörsaal des Elbe Klinikums Buxtehude an.

Name, Vorname

Berufsbezeichnung

Institution

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Fax

Email

Die Teilnahmegebühr in Höhe von 40 € wurde bereits auf das Konto der Elbe Kliniken Stade - Buxtehude GmbH (Sparkasse Harburg-Buxtehude **BLZ 207 500 00, Kto.-Nr. 22202**) unter dem Verwendungszweck **Validation 90005/93201** und **Angabe meines Namens** überwiesen.

Ort, Datum, Unterschrift

HINWEIS:

Die Zusendung der Teilnahmebestätigung erfolgt nach Überweisung der Teilnahmegebühr.

Anmeldeschluss ist der 30. September 2010.

Eine Rückzahlung wegen Nichtteilnahme ist ab dem 17. September 2010 nicht mehr möglich.

Ihre Angaben werden bis auf Widerruf zu schriftlichen und telefonischen Kontaktaufnahme gespeichert. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht.