

An den
Saarländischen Apothekerverein e.V. & Co. GmbH
Zähringerstraße 5
66119 Saarbrücken

Email: geschaeftsstelle@apothekerverein-saar.de
Fax (06 81) 5 84 06 20

ANMELDUNG

Hiermit melde ich mich für das Seminar „**Medizinische Kompressionsstrümpfe**“ am 11. März 2020 im Mercure Hotel Saarbrücken Süd, Zinzinger Straße 9, 66117 Saarbrücken, an.

Die Teilnehmergebühr beträgt 55,00 Euro zzgl. 19 % MwSt. = 65,65 Euro und ist nach Erhalt der Rechnung zu überweisen.

Rechnungserstellung an Apotheke Privatadresse

Name: 1. _____ 2. _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Berufsbezeichnung: _____

z.Zt. beschäftigt bei: _____
(bitte unbedingt ausfüllen)

Ich besitze ein gültiges freiwilliges Fortbildungszertifikat.

Datum

Unterschrift

Bitte beachten Sie unsere Datenschutzinformationen für Fortbildungsteilnehmer/innen unter
www.apothekerverein-saar.de