

AKADEMIE LUFTIKU(R)S e.V.

am Kinderhospital Osnabrück,
Iburger Straße 187, 49082 Osnabrück
Telefon (05 41) 56 02-213, Telefax (05 41) 5829985



Akademie Luftiku(r)s e.V.
am Kinderhospital Osnabrück
z. H. Frau Hesse
Iburger Straße 187
49082 Osnabrück

Sprecher:

Dr. med. Rüdiger Szczepanski,
Dipl. Psych. Gitta Brockmann

Bankverbindung:

Sparkasse Osnabrück
Konto-Nr. 764 381
(BLZ 265 501 05)

In **Zusammenarbeit** mit der Akademie für
ärztliche Fortbildung Niedersachsen u. dem
Berufsverband Deutscher Psychologen (BDP)
Osnabrück

ANMELDUNG

Hiermit melde ich mich für folgenden Seminarblock der "Asthmaakademie Luftiku(r)s e.V." am Kinderhospital Osnabrück verbindlich an. Zeugnisse über meine Berufstätigkeit sind beigefügt.

Termin: _____

Name: _____ Vorname: _____

Berufsbezeichnung: _____

Straße: _____ Ort/PLZ: _____

Tel. priv.: _____ ggf. Fax: _____

Dienstl.: _____

E-Mail: _____

Bitte ankreuzen:

Ich habe bereits hospitiert	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Ich schule bereits mit einem Team	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Übernachtung in dem Tagungshaus	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
• von Frei - Sa	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
• von So - Frei	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
• von Mo - Frei	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
• Übernachtung im...	EZ <input type="radio"/>	DZ <input type="radio"/>

Die Anmeldegebühr überweise ich nach Erhalt der Anmeldebestätigung (ca. 6 Wochen vor Seminarbeginn). Bei Rücktritt von der Anmeldung bis 3 Wochen vor der Veranstaltung werden 50 % der Gebühren zurückgezahlt, danach erfolgt keine Erstattung.

(Unterschrift)

(Datum)