

ANMELDUNG

Hiermit möchte ich mich verbindlich anmelden:

**Kurs zur Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe nach den BUB - Richtlinien
(anerkannt von der DGSM und der KV)**

Teil I: Do., 21. November 2013 – Sa., 23. November 2013

Teil II: Fr., 29. November 2013 – Sa., 30. November 2013

Teilnahmegebühr: 500,00 €
Anmeldeschluss: 07.11.2013

Titel/Name/Vorname: _____

Einrichtung: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ/Ort: _____

Tel./Fax: _____

E-Mail: _____

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Allgemeine Informationen:

Die Anmeldung erfolgt schriftlich und wird nach Eingang der Teilnahmegebühr bestätigt. Bitte schicken Sie die Anmeldung per Fax (030-450 513 906) oder per E-Mail (ludmila.obuhova@charite.de) an uns zurück.

Wir bitten die Teilnahmegebühr **nach Rechnungseingang** auf folgendes Konto zu überweisen:
Somnico GmbH, Deutsche Apotheker und Ärztebank, BLZ: 300 606 01, Konto-Nr.: 000 709 27 76.
Verwendungszweck: Rechnungsnummer, Ihr Name.

Die Teilnahme kann bis zum 05. November 2013 kostenlos zurückgezogen werden. Danach müssen wir einen Selbstkostenbeitrag für das Kursmaterial in Höhe von 100,00 € erheben. Das Kursmaterial wird Ihnen per Post zugeschickt.

Mit freundlicher Unterstützung von

RESMED

Interdisziplinäres Schlafmedizinisches Zentrum
der Charité – Universitätsmedizin Berlin
und SOMNICO GmbH
Kontakt: Ludmila Obuhova,
Tel.: 030 450 513 122, Fax: 030 450 513 906
E-Mail: ludmila.obuhova@charite.de)

