

Rückantwort

bis 13.11.2014 via Fax an 06349. 900-2189
oder Mail an schlafzentrum@pfalzkrinikum.de

Pfalzkrinikum
Interdisziplinäres Schlafzentrum
Sekretariat
Weinstraße 100
76889 Klingenmünster



Absender

.....
Name, Vorname

.....
Straße und Hausnummer

.....
PLZ und Ort

.....
Telefon/Fax

.....
E-Mail

Symposion

Update Schlafmedizin

Schlaf und psychische Gesundheit

15. November 2014

Pfalzkrlinikum – Klingenmünster

- ☐ Hiermit melde ich mich verbindlich für das Symposion Update Schlafmedizin - Schlaf und psychische Gesundheit am 15. November 2014 im Pfalzkrlinikum in Klingenmünster an.
- ☐ Hiermit melde ich mich verbindlich für das Mittagessen zum Preis von 4,50 Euro an. Das Mittagessen bezahle ich am Tag der Veranstaltung direkt in der Kantine.

.....
Name, Vorname (ggf. Einrichtung)

.....
Datum

.....
Unterschrift