



Landesärztekammer Brandenburg
Geschäftsstelle Cottbus
Akademie für ärztliche Fortbildung
Postfach 10 14 45
03014 Cottbus

Telefon: 0355 78010-320
Telefax: 0355 78010-339
E-Mail: akademie@laekb.de
<http://www.laekb.de>

Anmeldung zu der Fortbildung Refresherkurs-Notfallmanagement (NÄPA)

Zur Teilnahme an der Fortbildung zum Refresherkurs-Notfallmanagement melde ich mich verbindlich an.

Anschrift Teilnehmer/Teilnehmerin:

Name, Vorname: _____
Straße: _____ Telefon: _____
PLZ, Ort: _____ Mobilfunk: _____
E-Mail: _____

Teilnahme am (Bitte ankreuzen):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mittwoch/Donnerstag 13./14. Februar 2019 | <input type="checkbox"/> Dienstag/Mittwoch 04./05. Juni 2019 |
| <input type="checkbox"/> Dienstag/Mittwoch 19./20. März 2019 | <input type="checkbox"/> Mittwoch/Donnerstag 18./19. Dezember 2019 |
| <input type="checkbox"/> Donnerstag/Freitag 11./12. April 2019 | |

Die Kurse finden in den Räumen der Landesärztekammer statt. Wir schicken keine Anmeldebestätigung, aber falls der gewünschte Kurs voll ist, bekommen Sie eine Nachricht. Die Einladung erfolgt schriftlich etwa 5 Wochen vorher.

Datum Unterschrift Teilnehmer/in

Kostenübernahme durch den Arbeitgeber:

Dienststelle: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____ Telefon: _____
E-Mail: _____

Datum Unterschrift Arbeitgeber