

Fortbildung

|  |  |
| --- | --- |
| Titel |  |
| Referent |  |
|  |  |
| Datum |  |
| Ort |  |

[www.medical-academy-care.de](http://www.medical-academy-care.de) [info@medical-academy-care.de](mailto:info@medical-academy-care.de)

Zwecks besserer Planung bitte wir um Rückmeldung (gerne auch per Email oder Fax)

info@medical-academy-care.de

Fax: 0621- 62 999 074

o Ich werde teilnehmen und bringe …….. Personen mit

o Ich werde nicht teilnehmen

Name, Vorname: ……………………………………………………………………………

email: ……………………………………………………………………………