***Berliner Leberring e.V.***

c/o Charité Campus Benjamin Franklin

Haus III, 1.OG rechts

Hindenburgdamm 30,

12203 Berlin

Anmeldung zum 1. Berliner Porphyrie-Symposium

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hiermit melde |  |  |
| ich mich | **o** |  |
| und | **o** | ………………Personen an |
|  |  |  |
| zur  Ärztefortbildung  Freitag den 28.2.2014 | **o** |  |
| zum  Arzt-Patienten-Seminar Samstag, den 1.3.2014 | **o** |  |
| zum  anschließenden Gruppentreffen | **o** |  |

***Berliner Leberring e.V.***

c/o Charité Campus Benjamin Franklin

Haus III, 1.OG rechts

Hindenburgdamm 30,

12203 Berlin

Bitte senden Sie mir

Name:

……………………………………………………………………………………………………………………………………

zu Händen:

………………………………………………………………………………………………………………………………….

Anschrift:

……………………………………………………………………………..…………………………………………………….

………………….Stück Exemplare für das Arzt-Patienten-Seminar

…………………..Stück für die Ärzteveranstaltung zu. Danke