Hiermit melde ich mich verbindlich für folgende(n) Kurs(e) an:

(bitte ankreuzen)

Kursnummer:

Abdomen 120419 ☐Grundkurs 291119 ☐Aufbaukurs
280919☐Interventionen

Darmsonographie 210319 ☐Grundkurs 241019 ☐Aufbaukurs

CEUS 210219 ☐GK Leber 270619 ☐Aufbaukurs Leber
040719 ☐GK Leber 071119 ☐Aufbaukurs Leber
281119 ☐Aufbaukurs extrahepatisch

Name: _____ Vorname: _____

Titel: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Unterschrift: _____

Die Gebühr werde ich innerhalb der nächsten Tage auf folgendes Konto überweisen:

Sparkasse Düren IBAN: DE 71 3955 0110 0043 3027 36
Swift: SDUEDE33XXX

Krankenhaus Düren: Kennwort: „Sono“ und *Kursnummer* (bitte angeben)“.

Krankenhaus-Düren Medizinische Klinik II
Klinik für Gastroenterologie,Hepatologie und Diabetologie
Roonstraße 30
52351 Düren

Weitere Information und elektronische Anmeldung:
https://www.krankenhaus-dueren.de/index.php/ultraschallzentrum-dueren/fortbildungsangebote

Kontakt: Tel.: 02421/301344
E-mail: horst.kinkel@krankenhaus-dueren.de