

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

(bitte ankreuzen)

Kursnummer:

Abdomen 280220 Grundkurs 061120 Aufbaukurs
 080820 Interventionen
 Darmsonographie 050320 Grundkurs 291020 Aufbaukurs
 CEUS 270220 GK Leber 020720 Aufbaukurs Leber
 090720 GK Leber 051120 Aufbaukurs Leber
 171220 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

Fax: 02421/30191812

E-mail: horst.kinkel@krankenhaus-dueren.de