

ANMELDEFORMULAR zum Demenztag am 09. Juni 2012

(* sind Pflichtfelder)

Titel: _____

Vorname:* _____ Nachname:* _____

Praxis*: _____ Klinik* _____

Straße*: _____ PLZ/Ort:* _____

E-Mail:* _____

WISSENSCHAFTLICHES PROGRAMM *

- Ich nehme nur bis zum Mittagsimbiss teil (9:30 - 12:45 Uhr)
- Ich nehme an der gesamten Veranstaltung teil (9:30 - 16:30 Uhr)
- Ich wähle als Workshop:
- „Leitlinie Demenz – Anspruch und Wirklichkeit
- „Leben mit Demenzkranken“

TEILNAHMEGEBÜHR

Die Veranstaltungskosten für den gesamten Tag betragen 20 €. Bitte überweisen Sie diese vorab bis zum 01.06.2012 auf folgendes Konto unter Nennung Ihres Namens und dem Stichwort Demenztag. Erst dann ist Ihre Anmeldung verbindlich.

Zahlungsempfänger: DÄB e.V. Regionalgruppe Münster, 10623 Berlin
Konto-Nr.: 525727109
BLZ: 10010010, Postbank Berlin

- Ich habe die 20 € überwiesen.

ZERTIFIZIERUNG

Die Veranstaltung ist im Rahmen der Zertifizierung der ärztlichen Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe mit sechs Punkten (Kategorie: A) anrechenbar.

- Ich wünsche die Ausstellung des CME Zertifikates.