

**BITTE SCHICKEN SIE DAS AUSGEFÜLLTE FORMULAR AN:**

**Fax:** +49 (0) 251 871 670-42  
**E-Mail:** assist@kompetenznetz-darmerkrankungen.de  
**Post:** CED Bio-Assist Organisationsbüro  
Harkortstraße 1 | 48163 Münster

## WIR MÖCHTEN STUDIENZENTRUM WERDEN

Klinik | Praxis \_\_\_\_\_

Name | Vorname des verantwortlichen Arztes \_\_\_\_\_

Straße | PLZ | Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

## ANMELDUNG ZUR „BIO-ASSIST“ SCHULUNG

(AUSZUFÜLLEN VON DER MFA)

Name | Vorname \_\_\_\_\_

Straße | PLZ | Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### ICH MELDE MICH FÜR FOLGENDEN TERMIN VERBINDLICH AN:

26.–27. Juli 2019, Augsburg

20.–21. September 2019, Berlin

11.–12. Oktober 2019, Mannheim

25.–26. Oktober 2019, Hamburg

15.–16. November 2019, Stuttgart

29.–30. November 2019, Münster

21.–22. Februar 2020, Leipzig

06.–07. März 2020, Mainz

24.–25. April 2020, Düsseldorf

### HOTELÜBERNACHTUNG

Ich benötige ein Hotelzimmer von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_.

### GEMEINSAMES ESSEN

Ich nehme am Freitag am gemeinsamen Abendessen teil.

Ich nehme am Samstag am gemeinsamen Mittagsimbiss/Mittagessen teil.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

### BEI ORGANISATORISCHEN FRAGEN ZUR FACHASSISTENZ „BIO-ASSIST“ WENDEN SIE SICH BITTE AN:

CED Bio-Assist Organisationsbüro | Dr. Daniela Fangmann | Harkortstraße 1 | 48163 Münster

**Tel.:** +49 (0) 251 871 670- 41 | **Mobil:** +49 (0) 160 596 68 16 | **Fax:** +49 (0) 251 871 670-42 | **E-Mail:** assist@kompetenznetz-darmerkrankungen.de