

**Anmeldung für den 19. Nervkurs  
vom 02. – 04. März 2022**

Vorname: ..... Name: .....

Titel: ..... Funktion: .....

Klinikadresse  
Abteilung: .....

Straße: .....

PLZ und Ort: .....

Tel.-Nr.: .....

Fax.-Nr.: .....

E-Mail: .....

---

Facharzt ja  nein  wenn ja, Jahr der Facharztausbildung FA .....

Mitglied DGNC ja  nein

.....  
Bewerber (Unterschrift)

---

Ich genehmige die Teilnahme am Nervkurs

.....

Direktor der Klinik (Unterschrift und Stempel)