## Anmeldung für den 22. Kurs Chirurgie Peripherer Nerven vom 03. – 06. März 2026

Vorname:	Name	<b>:</b>	
Titel:	Funk	tion:	
Klinikadresse Abteilung:			
Straße:			
PLZ und Ort:			
TelNr.:			
FaxNr.:			
E-Mail:			
Facharzt ja □ nein□ wenn ja, Jahr der Facharztausbildung FA			
Mitglied DGNC		ја 🗆	nein □
Bewerber (Unterschrift)			
Ich genehmige die Teilnahme am Nervkurs			
Direktor der Klinik (Unterschrift und Stempel)			