

Vorname: Name:

Titel: Funktion:

Klinikadresse
Abteilung:

Straße:

PLZ und Ort:

Tel.-Nr.:

Fax.-Nr.:

E-Mail:

Mitglied DGNC ja ☐ nein ☐

Ich genehmige die Teilnahme am Nervkurs

Direktor der Klinik (Unterschrift und Stempel)