

**Anmeldung für den 22. Kurs „Periphere Nerven“
vom 03. – 04. März 2026
Online-Teilnahme**

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 Online-Teilnahme am Nervkurs

.....

Direktor der Klinik (Unterschrift und Stempel)