

Teilnahme

9. Innsbrucker Symposium für Schwindel und Gleichgewichtsstörungen 10. und 11. Mai 2019

Name:

Vorname:

Anschrift:

.....

Telefon:

Email:

Hiermit melde ich mich für das Symposium verbindlich an.
Teilnahmegebühren:

Nur Vorträge

- als Facharzt 220,00 EUR
- als Arzt in Ausbildung 170,00 EUR
- als Med.-techn. Personal 110,00 EUR

Vorträge + Kleingruppenkurse

- als Facharzt 270,00 EUR
- als Arzt in Ausbildung 220,00 EUR
- als Med.-techn. Personal 150,00 EUR

Nach Überweisung der Teilnahmegebühren auf nachfolgende Kontoverbindung erhalten Sie die Bestätigung zur Teilnahme.

IBAN: AT05 1813 0840 2117 0001
Medizinische Universität Innsbruck

Verwendungszweck: Schwindelsymposium 2019
SAP-Nr.: D153110-014-013
Name+Vorname Teilnehmer/
Teilnehmerin

Datum:

.....
Unterschrift

Teilnahme

9. Innsbrucker Symposium für Schwindel und Gleichgewichtsstörungen 10. und 11. Mai 2019

Name:

Vorname:

Anschrift:

.....

Telefon:

Email:

Hiermit melde ich mich für das Symposium verbindlich an.
Teilnahmegebühren:

Nur Vorträge

- als Facharzt 220,00 EUR
- als Arzt in Ausbildung 170,00 EUR
- als Med.-techn. Personal 110,00 EUR

Vorträge + Kleingruppenkurse

- als Facharzt 270,00 EUR
- als Arzt in Ausbildung 220,00 EUR
- als Med.-techn. Personal 150,00 EUR

Nach Überweisung der Teilnahmegebühren auf nachfolgende Kontoverbindung erhalten Sie die Bestätigung zur Teilnahme.

IBAN: AT05 1813 0840 2117 0001
Medizinische Universität Innsbruck

Verwendungszweck: Schwindelsymposium 2019
SAP-Nr.: D153110-014-013
Name+Vorname Teilnehmer/
Teilnehmerin

Datum:

.....
Unterschrift

Teilnahme

9. Innsbrucker Symposium für Schwindel und Gleichgewichtsstörungen 10. und 11. Mai 2019

Name:

Vorname:

Anschrift:

.....

Telefon:

Email:

Hiermit melde ich mich für das Symposium verbindlich an.
Teilnahmegebühren:

Nur Vorträge

- als Facharzt 220,00 EUR
- als Arzt in Ausbildung 170,00 EUR
- als Med.-techn. Personal 110,00 EUR

Vorträge + Kleingruppenkurse

- als Facharzt 270,00 EUR
- als Arzt in Ausbildung 220,00 EUR
- als Med.-techn. Personal 150,00 EUR

Nach Überweisung der Teilnahmegebühren auf nachfolgende Kontoverbindung erhalten Sie die Bestätigung zur Teilnahme.

IBAN: AT05 1813 0840 2117 0001
Medizinische Universität Innsbruck

Verwendungszweck: Schwindelsymposium 2019
SAP-Nr.: D153110-014-013
Name+Vorname Teilnehmer/
Teilnehmerin

Datum:

.....
Unterschrift

Stempel

Rückantwort:

Univ.-Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen
Medizinische Universität Innsbruck
Funktionsabteilung Neurootologie
Ao. Univ.-Prof. Dr. med. A.W. Scholtz
Anichstraße 35
A-6020 Innsbruck

Fax: +43-512-50423172
neurootologie@i-med.ac.at

Stempel

Rückantwort:

Univ.-Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen
Medizinische Universität Innsbruck
Funktionsabteilung Neurootologie
Ao. Univ.-Prof. Dr. med. A.W. Scholtz
Anichstraße 35
A-6020 Innsbruck

Fax: +43-512-50423172
neurootologie@i-med.ac.at

Stempel

Rückantwort:

Univ.-Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen
Medizinische Universität Innsbruck
Funktionsabteilung Neurootologie
Ao. Univ.-Prof. Dr. med. A.W. Scholtz
Anichstraße 35
A-6020 Innsbruck

Fax: +43-512-50423172
neurootologie@i-med.ac.at