

Bitte faxen an: **02131-1809-128**
oder per E-Mail:
anmeldung@dinner-symposium.de

Bitte pro Person eine
Anmeldung ausfüllen.

ANMELDUNG zum Canon MRT Visions, Garmisch-Partenkirchen

JA, ich möchte gerne an der Canon Veranstaltung MRT Visions
am Freitag, 18. Januar 2019 im Gasthaus zur Schranne,
Griesstraße 4, in 82467 Garmisch-Partenkirchen teilnehmen.

Krankenhaus/Praxis _____

Fachabteilung/Funktion _____

E-Mail Adresse _____

Name, Vorname _____

Straße, Nr. _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Unterschrift _____

Programm online:
www.mrt-visions.de

GENEHMIGUNG DER MEDIZINISCHEN EINRICHTUNG (Dienstherr/Arbeitgeber/Verwaltung)

Erklärung:

(Name der medizinischen Einrichtung)

Wir haben das an Frau / Herrn _____ gerichtete Schreiben zur
Kenntnis genommen. (Titel, bzw. Anrede/Vor- und Zunamen)

Wir sind einverstanden, dass Frau / Herr _____ im Rahmen der
(Titel, bzw. Anrede/Vor- und Zunamen)

Dienstausübung für unsere Einrichtung an der Veranstaltung teilnehmen wird und erklären uns mit der
Kostenübernahme (Bewirtung während der Veranstaltung) durch Toshiba einverstanden.

Name in Druckbuchstaben: _____

Funktion: _____ Ort: _____

Stempel/Unterschrift: _____