

**Anmeldung/Rückantwort: Fax: 09305 9063 33**

**Eine weitere Rückbestätigung erfolgt nicht.**

Hiermit melden wir uns zum Seminar an

**Seminardatum:** \_\_\_\_\_

**Thema:** \_\_\_\_\_

**Schulungsort:** Strätz FN Medizintechnik GmbH, Röntgenstraße 14,  
97230 Estenfeld

**Name der Einrichtung/Praxis:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Name/Vorname der Teilnehmer: (bis max. 2 Personen)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Achtung:**

Aufgrund der begrenzten Teilnehmerzahl, bitten wir um frühzeitige Anmeldung.  
Bei Nichtabsagen oder Nichterscheinen entsteht Ihnen eine Bearbeitungsgebühr  
von 10,00 € zzgl. 19% MwSt.  
Die entstehende Seminargebühr stellen wir Ihnen nach Schulungsteilnahme in Rechnung.  
Vielen Dank für Ihr Verständnis.

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Praxisstempel/Unterschrift:** \_\_\_\_\_