

## Anmeldung Strahlenschutzkurse

**Bitte ergänzen Sie Ihre Daten, aufgrund der Lesbarkeit, direkt mit dem PC!**



Strahlenschutz Aktualisierung Radiologischer Institutionen

**Telefon** 0178-1338822  
**E-Mail** Kontakt@sari-kurse.de  
**FAX** 06841-1622484  
**Web** www.sari-kurse.de

Titel			
Name			
Vorname			
Geb. Datum		Geb. Ort	
Straße		Hausnummer	
PLZ		Ort	
Tel. privat		E-Mail	

Berufsausbildung	
EFN-Nummer (Arzt/Ärztin)	

Kostenträger:	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Arbeitgeber
---------------	---------------------------------	--------------------------------------

Adresse Arbeitgeber (Rechnungsadresse)			
Name			
Straße		Hausnummer	
PLZ		Ort	
Tel.		Fax:	

Weitere Angaben			
Heißgetränke	<input type="checkbox"/> Kaffee	<input type="checkbox"/> Tee	
Essensauswahl	<input type="checkbox"/> Vegetarisch	<input type="checkbox"/> Vegan	<input type="checkbox"/> Keine Einschränkungen

Hiermit melde ich mich für folgenden Kurs an:
Terminauswahl:

Praxisstempel
---------------

\_\_\_\_\_ (Datum)

\_\_\_\_\_ (Unterschrift)