

## 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: | Privat | Arbeitgeber |
|---------------|--------|-------------|

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

|                 |             |       |                       |
|-----------------|-------------|-------|-----------------------|
| Weitere Angaben |             |       |                       |
| Heißgetränke    | Kaffee      | Tee   |                       |
| Essensauswahl   | Vegetarisch | Vegan | Keine Einschränkungen |

|                                               |
|-----------------------------------------------|
| Hiermit melde ich mich für folgenden Kurs an: |
| Terminauswahl:                                |

|  |               |
|--|---------------|
|  | Praxisstempel |
|--|---------------|

(Datum)

(Unterschrift)