

# ANMELDUNG

zum

## 10. Aus- und Fortbildungskurs für Ärztinnen und Ärzte in Krankenhaushygiene (Teil IV)

Hotel Novapark, Graz  
13. – 14. Juni 2013

(Bitte bis 7. Juni 2013 an die Faxnummer 0316 / 380 – 9648 senden)

Nachname:	_____
Vorname:	_____
Titel:	_____
Adresse:	_____ _____ _____
Tel.Nr.:	_____
E- mail:	_____

Mit der **Einzahlung des Kursbeitrags** an die Medizinische Universität Graz

Auenbruggerplatz 2, 8036 Graz

Bank: Raiffeisenlandesbank

BLZ: 38000

Kontonummer: 49.510

IBAN: AT443800000000049510

BIC: RZSTAT2G

unter Angabe des Namens des Kursteilnehmers/der Kursteilnehmerin und mit dem Hinweis auf die Veranstaltung „A27110000037 – Krankenhaushygienekurs“ (Verwendungszweck für die Zahlung) **wird eine Position in der KursteilnehmerInnenliste reserviert.**

**Kursgebühr:**

**Gesamter Kurs: € 500,--**

**Tageskarte: € 250,--**