

ANMELDUNG

zum

9. Aus- und Fortbildungskurs für Ärzte/Ärztinnen in Krankenhaushygiene, Teil 4

Hotel Novapark, Graz
17. – 19. November 2011

(Bitte bis 21. Oktober 2011 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

Universitätsplatz 3, 8010 Graz

Bank: Raiffeisenlandesbank

BLZ: 38000

Kontonummer: 49.510

IBAN: AT443800000000049510

BIC: RZSTAT2G

unter Angabe des Namens des Kursteilnehmers/der Kursteilnehmerin und mit den Hinweis auf die Veranstaltung „A27110000031 – Krankenhaushygienekurs“ (Verwendungszweck für die Zahlung) **wird eine Position in der KursteilnehmerInnenliste reserviert.**