

---

**Faxantwort**

Praxis  
Dr. med. Frank Möckel  
z. Hd. Frau Seebauer  
Im Gewerbepark D 50  
93059 Regensburg

**Fax: 09 41/4 64 18-27**

**Anmeldung zur Weiterbildungswoche Wochenkurs Nr. 3  
zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Sportmedizin nach dem Curriculum  
der DGSP**

Hiermit melde ich mich mit \_\_\_\_\_ Person(en)

verbindlich zur o. g. Weiterbildungswoche an.

**Termine 2009:**

**Kurs 2009:** 28.09.2009 – 02.10.2009

(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name/Titel: \_\_\_\_\_

Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Straße, Hs-Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr./Fax: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

**Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit den AGB´s einverstanden.**

Ort, Datum:

Unterschrift/Praxisstempel:

---

---