

**Anmeldung für den Fortbildungskurs zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung für radiologische Fachkräfte am ..... (bitte eintragen!)**

Kursbeginn: 13:00 Uhr  
Kursende: ca. 19.30 Uhr  
Kursgebühr: Euro 200,00/Person

Hiermit melde ich mich verbindlich für o. g. Kurs an.

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Ausbildung:  MTRA  Arzthelferin mit Rö.-Schein

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Adresse (Arbeitgeber): \_\_\_\_\_

Tel. dienstlich: \_\_\_\_\_

Fax. dienstlich: \_\_\_\_\_

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

Handy privat: \_\_\_\_\_

Unterschrift

Datum

Eine Teilnahmebestätigung erfolgt nach Ihrer verbindlichen Anmeldung.  
Bitte senden Sie Ihre Anmeldung an: Referenzzentrum Mammographie München

**Fax: 089-961.661.340**

**e-mail:** info@referenzzentrum-muenchen.de