



Anlage zur Onlineregistrierung

Bitte zurücksenden an

INTERPLAN AG
Frau Alicia Franz
Kaiser-Wilhelm-Str. 93
20355 Hamburg

ultraschall-reg@interplan.de

Fax: 040 32509244

Hiermit wird bestätigt, dass nachfolgend genannte(r) Teilnehmer(in)

- Arzt/Ärztin in Ausbildung**
- Pflege- und Assistenzpersonal**
- Student/in** (alternativ Studentenausweis/Immatrikulationsbescheinigung)

ist.

Titel: _____

Vorname: _____

Nachname: _____

Organisation: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

E-Mail: _____

Datum, Ort

Stempel / Unterschrift