

**Anmeldung für den 21. Nervkurs  
vom 04. – 07. März 2025**

Vorname: ..... Name: .....

Titel: ..... Funktion: .....

Klinikadresse

Abteilung: .....

Straße: .....

PLZ und Ort: .....

Tel.-Nr.: .....

Fax.-Nr.: .....

E-Mail: .....

---

Facharzt ja  nein  wenn ja, Jahr der Facharztausbildung FA .....

Mitglied DGNC ja  nein

.....  
Bewerber (Unterschrift)

---

Ich genehmige die Teilnahme am Nervkurs

.....  
Direktor der Klinik (Unterschrift und Stempel)