

**ANMELDUNG
VIENNA CLINICAL FELLOWSHIP CARDIAC-CT
BASIC COURSE: 30.5.-2.6.2012
WWW.VIENNA-HEART.AT**

<p>NAME</p> <p>TELEFON E-MAIL</p>	<p>INSTITUTION ANSCHRIFT</p> <p><input type="radio"/> FACHARZT <input type="radio"/> ASSISTENZARZT <input type="radio"/> RADIOLOGIE <input type="radio"/> KARDIOLOGIE</p>
<p>BIETEN SIE DERZEIT CARDIAC CT AN IHRER INSTITUTION AN?</p> <p><input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN</p>	
<p>WENN JA, AUF WELCHEM GERÄT WERDEN DIE UNTERSUCHUNGEN DURCHFÜHRT? (MARKE UND ANZAHL DER ZEILEN)</p>	
<p>FÜHREN SIE SELBST CARDIAC CT UNTERSUCHUNGEN DURCH?</p> <p><input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN</p>	

Bitte senden Sie dieses Anmeldeblatt per Mail an **brigitte.ruehrig@akhwien.at** oder per Fax an **+43 1 40 400-5830**

Ich melde mich hiermit verbindlich für den oben gewählten Termin an.
Bitte beachten Sie, dass aufgrund der sehr kleinen Teilnehmerzahl (10 Personen pro Termin) Ihre Anmeldung erst ab Einzahlung der Kursgebühr von 1.500 € mit der Auftragsnummer KO27771002 (bitte unbedingt angeben!) auf unten stehendes Konto¹ fixiert ist.

Eine vollständige Rückerstattung der Kurskosten ist nur bei Abmeldung bis spätestens 1 Monat vor Kursbeginn möglich.

Ort, Datum

Unterschrift