

ANMELDUNG zum CME Workshop „CannaPRAXIS^{regional}“

Mit freundlicher
Unterstützung von

GROW
GROUP

Bitte zurücksenden an FAX: +49 (0)2251 9834991 ODER
Anmeldung online unter www.growgroup.de/CME

Hiermit melde ich mich zur „CannaPRAXIS^{regional} - Sicherer Start mit Medizinalcannabis“ an.

Bitte Ort des gewählten Workshops eintragen

Titel, Vorname, Name

Klinik, Praxis

Strasse (bitte geben Sie Ihre Klinik- oder Praxisadresse an - nicht Ihre Privatadresse)

PLZ, Stadt

Land

Telefon

Telefax

E-Mail-Adresse

Teilnahmegebühr

Die Teilnahme ist kostenlos

CME-Zertifizierung

Die Zertifizierung der Veranstaltungen werden in den jeweiligen Landesärztekammern beantragt.

Teilnahmebedingungen

Hiermit akzeptiere ich die AGBs der Grow Deutschland GmbH
Diese, sowie die geltende Datenschutzbestimmung, finden Sie unter www.growgroup.de/rechtliches

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel