

**Anmeldebogen zur Veranstaltung 15./16.09.2017**  
**„3. Symposium der AGO Kommission Integrative Medizin“**

**Titel:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Nachname:** \_\_\_\_\_

**Klinik/Praxis:** \_\_\_\_\_

**E-Mail-Adresse:** \_\_\_\_\_

**Telefon/Handynummer:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Folgende Felder bitte ankreuzen (X):**

Chefarzt/Chefärztin:

Fach-/Oberarzt, niedergelassener Arzt/Ärztin:

Assistenzarzt/in:

Fachangestellte/r:

**Workshop I (15.09.2017)**

„Wie kann ich als Arzt/Ärztin meine Patienten über Koplementärmedizin informieren?“

**Workshop II (15.09.2017) „Mind-Body-Medizin“**

**Workshop III (16.09.2017) „Phytotherapie“**

**Workshop IV (16.09.2017) „Bewegungstherapie“**

\_\_\_\_\_  
**Datum und Unterschrift**

**Dieses Formular bitte per E-Mail an die E-Mail Adresse [fk-kongress@uk-erlangen.de](mailto:fk-kongress@uk-erlangen.de) oder per FAX an die Faxnummer: 09131 85 33938 schicken.**

**Bitte überweisen Sie den Betrag auf folgendes Konto:**

Kontoinhaber: Institut für Frauengesundheit GmbH

Bank: Sparkasse Erlangen

IBAN: DE92 7635 0000 0000 020846

SWIFT-BIC: BYLADEM1ERH

**Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne unter 09131 85 36167 oder unter [fk-kongress@uk-erlangen.de](mailto:fk-kongress@uk-erlangen.de) zur Verfügung.**