

# Anmeldung novo nordisk campus

**novo nordisk  
campus**  
Wissenschaft für die Praxis  
Fokus GLP-1

Bitte um Rücksendung bis spätestens 12. Oktober 2011 an die Faxnummer 06131 903-396

- Gerne melde ich mich verbindlich zum novo nordisk campus an.
- Leider kann ich nicht am novo nordisk campus teilnehmen.

Titel, Vorname, Name

Praxis, Klinik

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon, E-Mail (für Rückfragen)

**Datum:** 19.10.2011

**Uhrzeit:** 18:00 Uhr

**Veranstaltungsort:** Landhaus Freesmann  
Heerstraße 335  
46535 Dinslaken

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten an die Ärztekammer für die Zertifizierung weitergegeben werden. Wir möchten Sie höflichst bitten, Ihre Reiseorganisation in Eigenregie vorzunehmen. Der hierfür anfallende Reisekostenaufwand geht zu Ihren Lasten.

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme!

Datum, Unterschrift