

Anmeldeformular Workshop DGRM 2017

Kontakt Daten / Postanschrift

Name: _____ Vorname : _____

Adresse: _____

Email: _____

Sind Sie Mitglied der DGRM ja nein

Sind Sie Arzt/Ärztin Facharzt/-ärztin Naturwissenschaftler/in sonstiges

In welchem Bereich des Faches sind Sie tätig? _____

Wie lange sind Sie bereits im Fach tätig? _____

Verfügen Sie bereits über Gerichtserfahrung? Ja nein

Bitte senden Sie die Anmeldung mit ausgefüllten Bogen bitte an:

Alexandra.reckert@med.uni-duesseldorf.de

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Organisationsteam