

Bitte das Anmeldeformular unterschrieben zurücksenden oder faxen (0212/63-6005)!

Herrn
Prof. Dr. med. W. J. Randerath
Krankenhaus Bethanien
Aufderhöher Str. 169
42699 Solingen

Anmeldeformular
zu unserem Kursangebot
„Das Rauchfrei-Programm“

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Strasse, Hausnummer:

Stadt:

E-Mail-Adresse:

Telefon:

Krankenkasse:

Kurs-Daten:

25.08.2021 29.09.2021

Kurs-ID: 20180322-1000146

01.09.2021 06.10.2021

15.09.2021 27.10.2021

Telefontermine und Nachtreffen

22.09.2021

werden während des Kurses vereinbart

Uhrzeit:

17:30 Uhr - 19:00 Uhr

Ich möchte an dem angebotenen „Rauchfrei-Programm“
im Krankenhaus Bethanien
teilnehmen (bitte ankreuzen)

.....
Unterschrift des Teilnehmers

Bitte beachten Sie die Teilnahmebedingungen auf dem beiliegenden Blatt!