

Bitte das Anmeldeformular unterschrieben zurücksenden, faxen (0212/63-6005) oder per Mailanhang senden.

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:

09.09.2026,	07.10.2026
16.09.2026,	21.10.2026
23.09.2026,	28.10.2026

*Telefontermine werden während des
Kurses vereinbart*

04.11.2026

Uhrzeit:

16.30 Uhr - 18.00 Uhr

Teilnahmegebühr:

€ 200,00

**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!