

ANTWORTFAX 0043 1 49150 4109

JA, ich nehme an den 10. Wiener Gefäßgesprächen teil

Titel:.....

Name:.....

Krankenhaus/Institution:.....

.....

Abteilung:.....

.....

Straße:.....

PLZ/Ort:.....

Land:.....

Telefon:.....

E-Mail:.....

Kongressgebühr 50 Euro bei der Registrierung vor Ort