

Anmeldung

An der 16. Würzburger Mukoviszidosefortbildung
der Universitäts-Kinderklinik am Samstag, den 17.04.2021

- nehme ich teil
- bringe ich weitere _____ Personen mit.

Adresse und Unterschrift

Name (in Blockbuchstaben)

Datum

Unterschrift

Absender:

Bitte
frankieren

An
Prof. Dr. med. H. Hebestreit
Universitäts-Kinderklinik
Josef-Schneider-Straße 2
97080 Würzburg