

2020



AUGENÄRZTLICHE  
FORTBILDUNG

**Charité-Universitätsmedizin Berlin**  
**Augenklinik Campus Virchow Klinikum**  
z. Hd. Prof. Dr. Uwe Pleyer  
Augustenburger Platz 1  
13353 Berlin

**Telefax: +49 30 450 554 900**  
**E-mail: [sylvia.metzner@charite.de](mailto:sylvia.metzner@charite.de)**

**ANMELDUNG** Anmeldeschluss: Freitag, 09.10.2020  
**2. UVEITIS** Qualifikationskurs, 23.-24. Oktober 2020

**Für den oben genannten Kurs melde ich mich verbindlich an:**  
Bitte beachten Sie die Hinweise auf der Rückseite!

Titel / Name: .....

Anschrift: .....

E-mail: .....

Datum, Unterschrift .....



\* Die Teilnahmegebühr werde ich rechtzeitig überweisen: *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

**300,00 € für Fachärzte**

**250,00 € für Ärzte in Weiterbildung**

\* Sofern ich Ärztin / Arzt in Weiterbildung bin, füge ich dieser Anmeldung eine Bestätigung bei.

\* Für die Buchung einer Übernachtungsmöglichkeit bin ich selbst verantwortlich.

**Bitte zahlen Sie den Kursbeitrag auf das nachstehende Konto ein:**

**Charité Universitätsmedizin Berlin**

**Deutsche Kreditbank**

**IBAN: DE11 1203 0000 0001 5123 59 · BIC: BYLADEM1001**

**Verwendungszweck: Uveitis-Qualifikationskurs**

# 2. UVEITIS Qualifikationskurs

**23.-24. Oktober 2020**