

FAMILIEN- UND VORNAME DES KINDES

GEBOREN AM

FAMILIEN- UND VORNAME DER MUTTER/DES VATERS

PLZ/ORT

STRASSE

TELEFON

E-MAIL

(BITTE GEBEN SIE IHRE TELEFONNUMMER ODER E-MAIL-ADRESSE AN, WIR INFORMIEREN SIE ÜBER DEN NÄCHSTEN TERMIN.)

DATUM

UNTERSCHRIFT

ICH ERKLÄRE MICH EINVERSTANDEN MIT:

- EINEM KOSTENBEITRAG VON EUR 10,-
- DER ELEKTRONISCHEN ERFASSUNG DIESER DATEN ZU VERRECHNUNGSZWECKEN. MEINE DATEN WERDEN NICHT WEITERGEGEBEN.

BITTE
AUSREICHEND
FRANKIEREN

AVOS
ARBEITSKREIS FÜR
VORSORGE MEDIZIN
SALZBURG

ELISABETHSTRASSE 2
A-5020 SALZBURG

ANMELDEKARTE

ELTERNKURS „NOTFÄLLE IM KINDESALTER“

AVOS-ARBEITSKREIS FÜR VORSORGE MEDIZIN SALZBURG · ELISABETHSTR. 2 · A-5020 SALZBURG
T: 0662/88 75 88-0 · F: DW 16 · avos@avos.at · www.avos.at · DVR: 0736163