

Anmeldung

Eintrag auf die Internet-Liste der Kandidaten für den Facharzttitel FMH für Gastroenterologie

Name: Vorname: Geb.Dat.:

Momentaner Arbeitsort: Voraussichtliches Diplomjahr:

Kontaktaufnahme (Mail, Telefon):

Bemerkungen:

Ich bin mit der Veröffentlichung der obigen Daten auf der SGG/SSG-Website einverstanden

Datum: Unterschrift:



Bitte ausdrucken und faxen an 021 963 21 49 (Geschäftsstelle SGG-SSG)

