

Rückantwortfax 07761 / 55 66 – 1079

Teilnehmer / Name: 1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Bitte kreuzen Sie an:

Am Workshop **„Diagnostik und Behandlung von Essstörungen“**
am **29. November 2018, 13:45 – 18:00 Uhr**

nehme/n ich/wir teil; Anzahl der Teilnehmer _____

nehme/n ich/wir nicht teil.

Wir bitten Sie um Rücksendung bis spätestens **26.11.2018**

per Fax **07761 / 5566-1079**

oder per E-Mail an **fortbildung@sigma-zentrum.de**.

Name / Funktion / E-Mail-Adresse

Ihre Fragen zum Thema:

-
-
-