

☐ Ich möchte am 11. interdisziplinären Beatmungsseminar für Ärzte und Pflege vom 08. bis 11. September 2026 teilnehmen.

Name, Vorname (Klinik)

Anschrift

E-Mail

Ihr verwendetes Beatmungsgerät

Rechnungsempfänger

Datum, Unterschrift/ggf. Stempel

Gern sind wir Ihnen bei der Reservierung von Übernachtungsmöglichkeiten behilflich.
Bitte sprechen Sie uns an.

Lungenklinik Neustadt GmbH TEL 036331 47175007
Badestraße 23, 99768 FAX 036331 36188
Harztor OT Neustadt/Harz MAIL neustadt@doceins.d