



Krankenhaus Sachsenhausen

FAX-ANMELDUNG
069 / 6605-1709

ANSPRECHPARTNER

- Mediziner
- Therapeut

Vorname/Name
Titel

ANSCHRIFT

Straße/ Hausnr.
PLZ | Ort
Telefon
E-Mail

Ja, ich möchte an Ihrer Veranstaltung am 24.02.2018 in der Lobby des Krankenhauses Sachsenhausen teilnehmen.

Bitte senden Sie mir Einladungen an die hier aufgeführte Adresse.

Unterschrift