

Anmeldung für Webinar

Veranstaltungs-ID

Datum der Fortbildung

Uhrzeit der Fortbildung

Personalnummer

Nachname

Vorname

EFN

Berufsgruppe

Krankenhaus

Fachabteilung/Station/Funktionsbereich

Das ausgefüllte Formular bitte ab abs@gesundheitnord.de schicken