

# **KLINIKUM KARLSBURG**

## **HERZ- UND DIABETESZENTRUM**

### **Anmeldung**

- Ich nehme am Symposium teil
- Ich kann leider nicht teilnehmen

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Ort** \_\_\_\_\_

**Telefon** \_\_\_\_\_

**Stempel/Unterschrift**

**Senden Sie bitte diese Antwortkarte bis spätestens  
07.06.2019 zurück:**

**Klinikum Karlsburg  
Sekretariat Kardiologie  
Greifswalder Straße 11  
17495 Karlsburg**

**Fax-Nr.: 03 83 55 – 70 16 55**

**E-Mail: [kardiologie.karlsburg@drguth.de](mailto:kardiologie.karlsburg@drguth.de)**