

# Anmeldung

FORTBILDUNG **Das komplexe regionale Schmerzsyndrom**

am 25. November 2015 in Koblenz



**Titel:** ..... **Vorname:** ..... **Name:** .....

**Organisation:** .....

**Straße/Nr.** ..... **PLZ/Ort:** .....

**Telefonnummer:** ..... **E-Mail:** .....

- Ich nehme an der Tagung am 25.11.2015 teil.
- Ich möchte einen mir vorliegenden Fall zur Diskussion bringen und sende Ihnen eine Fallzusammenfassung mit dem Betreff „Kasuistik“ zu.
- Ich kann an der Veranstaltung leider nicht teilnehmen.

## Rückmeldung

An das Therapie-Zentrum Koblenz  
Neversstraße 7-11 , 56068 Koblenz

 Per Fax an: 0261 3033033

 Per E-Mail an: [info@tz-mvz-koblenz.de](mailto:info@tz-mvz-koblenz.de)

Bitte senden Sie uns Ihre Rückmeldung bis zum **09.11.** zu. Die Teilnehmerzahl ist begrenzt.

Wir freuen uns über Ihre Teilnahme!

**Datum:** ..... **Unterschrift:** .....

**Hoteltipp:** Das direkt benachbarte GHotel hält für Fortbildungsteilnehmer ein Zimmerkontingent zu Sonderkonditionen bereit. Diese Zimmer können telefonisch unter der Nummer 0261 2002450 unter Angabe des Kennwortes „Therapie-Zentrum Koblenz“ gebucht werden.

GHOTEL hotel & living Koblenz, Neversstraße 15, 56068 Koblenz, [www.ghotel.de](http://www.ghotel.de)