



Anmeldung bitte per Post oder  
Fax: 0049 (0) 37 33 / 41 95 601

Absender

**DAS DYSPHAGIEZENTRUM**  
**Mirko Hiller, MSc**  
**Scherbank 18**  
**09456 Annaberg-Buchholz**

Anmeldung zum FEES-Basisseminar zur Erlangung des FEES-Zertifikats  
06.-08.03.2020 im Kreiskrankenhaus Freiberg in Sachsen.

---

Name, Vorname, Titel

---

Institution

---

Straße

---

PLZ, Ort

---

Telefon / Fax

---

E-Mail

Ärztin / Arzt       Therapeut/in

Für das Durchlaufen des Curriculums wird von Ärzten eine einjährige und von Logopäden eine 2-jährige klinische Tätigkeit mit schwerpunktmäßiger Versorgung von neurologischen Patienten vorausgesetzt. Drei Monate dieses Zeitraums sollen in einer neurologischen Fachabteilung absolviert werden.

Ich erfülle die genannten Teilnahmebedingungen.

Es gelten die AGB des Dysphagiezentrums. Nachzulesen unter:  
<http://www.das-dysphagiezentrum.de/agb.html>

---

Ort, Datum, Unterschrift

**Sobald Ihre Anmeldung bei uns eingegangen ist, erhalten Sie eine Bestätigung mit allen weiteren Informationen.**

**Anmeldebestätigung vorzugsweise per**       **Post**       **Fax**       **E-Mail**