

EINLADUNG CME-FORTBILDUNG

DMP All-in-One

Asthma/COPD | KHK | Diabetes | inkl. Planung Ruhestand
Mi., 05. Juni 2024 | 15:00 – 21:15 Uhr
Dorint Kongresshotel | Selikumer Str. 25 | 41460 Neuss

6 CME Punkte
ÄkNo | ZÄK No

DMP KHK

KHK Rhythmusstörungen, plötzlicher Herztod
Referent Dr. Klaus Dominick, Kardiologe, Mönchengladbach

Planung Ruhestand

Inflation, Steuern, Lebenserwartung- Tipps,
Informationen und einige Besonderheiten, die beachtet werden sollten für den wohlverdienten Ruhestand
Referent Gabriel Middendorf, Vertriebsdirektor apoFinanz,
Referent Jens Hellmann, Dipl. Finanzwirt und Steuerberater, Kanzlei trilling&hellmann

Pause: netzwerken - Insideraustausch

DMP Diabetes

Diagnose, Typ I und Typ II, Therapie und Folgeerkrankungen
Referent Dr. Ali Yüce, Diabetologe, Krefeld

Update Asthma/COPD – Update Covid-19

Bronchitis, Pneumonie, Bronchiektasen, Tuberkulose - Diagnostik und Therapieoptionen
Referent Dr. Johannes Uerscheln, Pneumologe, Neuss

Mit freundlicher Unterstützung durch:



2500 €



Netzwerkpartner



1000



1000 €

Sponsoring Form von Standmiete, für Kosten Organisation, Raummiete, Honorare

CME Punkte sind genehmigt, bitte den Barcode mitbringen, wenn die Weiterleitung an die ÄKNO erwünscht ist!

Bitte beachten Sie auch die Fortbildungshinweise auf www.nrnw.de

Fortbildungsgebühr: Anmeldung per Fax oder online über www.nrnw.de inklusive Catering und Getränke 49,00 € netto.

Ihr NRNW - Ärztenetzwerk

Fax-Rückantwort bitte senden an: + 49 2150 7052-21

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Meine Anmeldung ist verbindlich, personengebunden und nicht übertragbar.

Mit der Anmeldung erkläre ich mich mit den AGBs, nachzulesen auf der Webseite www.nrnw.de einverstanden.

Die Rechnung zur Fortbildung erhalte ich **nach** der Veranstaltung **per Post**.

Bitte informieren Sie mich weiterhin über Ihre Fortbildungen und Angebote per Fax und per Mail

Bitte entfernen Sie folgende Faxnummer aus Ihrem Verteiler: _____

Ich melde mich verbindlich an

Akad. Grad: _____

Vorname: _____

Nachname: _____

Datum/Ort: _____

Mail: _____

Mobil-Nr.: _____

Praxisanschrift: _____

Unterschrift/Praxisstempel: _____